



#### Profissões de saúde

uma abordagem sociológica

Maria Helena Machado (org.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MACHADO, M.H., org. *Profissões de saúde*: uma abordagem sociológica [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, 193 p. ISBN: 978-85-7541-607-5. Available from: doi: 10.7476/9788575416075. Also available in ePUB from: http://books.scielo.org/id/t4ksj/epub/machado-9788575416075.epub.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a <u>Creative Commons Attribution 4.0 International license</u>.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença <u>Creative Commons</u> Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia <u>Creative</u> <u>Commons Reconocimento 4.0</u>.

STROGGLANZO OF BEGREE

Leimonhel adliseasi?

Paulo Marchiter Buss.

Profissões de Saúde: Uma Abordagem Sociológica

### FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Carlos Médicis Morel

Vice-Presidente de Ensino e Informação Paulo Marchiori Buss

#### **EDITORA FIOCRUZ**

Coordenador

Paulo Marchiori Buss

#### Conselho Editorial

Carlos E. A. Coimbra Jr.
Charles Pessanha
Hooman Momen
José da Rocha Carvalheiro
Luiz Fernando Ferreira
Paulo Gadelha
Paulo M. Buss
Sergio Goes de Paula
Zigman Brener

Coordenador Executivo
Francisco Edmilson M. Carneiro

## Profissões de Saúde: Uma Abordagem Sociológica

Maria Helena Machado (org.)

Colaboradoras:

Monica Vieira

Marcia Teixeira

Sandra Rosa Pereira



Copyright © 1995 by Maria Helena Machado Todos os direitos desta edição reservados à EDITORA FIOCRUZ

ISBN: 85-85676-17-5

Projeto Gráfico e Ilustração da Capa: Carlota Rios Editoração Eletrônica: Imagem Virtual Editoração Ltda. Revisão dos Originais em Língua Portuguesa: Marcionílio Cavalcanti de Paiva

#### Catalogação-na-fonte Centro de Informação Científica e Tecnológica. Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

Machado, Maria Helena (org)

M149p

Profissões de saúde : uma abordagem sociológica / organizado por Maria Helena Machado — Rio de Janeiro, 1995.

226p.

Inclui bibliografia.

1. Sociologia Médica. 2. Pessoal de Saúde. I. Título.

CDD — 20 ed. 306.461

1995 EDITORA FIOCRUZ Rua Leopoldo Bulhões, 1480 — Manguinhos 21041-210 — Rio de Janeiro — RJ Tel.: (021) 590-3789 ramal 2009

Fax: (021) 280-8194

## **AUTORES**

#### Maria Helena Machado

Socióloga, Professora da Escola Nacional de Saúde Pública e Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS/DAPS/ENSP/FIOCRUZ).

## Edmundo Campos Coelho

Professor de Sociologia e Pesquisador do Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro (IUPERJ).

#### Gustavo Nigenda

Sociólogo, Investigador Associado — Centro de Investigação em Saúde Pública — Instituto Nacional de Saúde Pública. Cuernavaca, México.

#### Claudine Herzlich

Socióloga, Pesquisadora Titular e diretora do Centre de Recherche Médecine, Maladie et Sciences Sociales, Paris, França.

## Lycurgo de Castro Santos Filho Médico e Historiador da Medicina Brasileira

## Pedro Miguel dos Santos

Médico, Mestre em Saúde Pública pela ENSP/93. Pesquisador/Docente do Núcleo de Saúde Coletiva/CPqAM — FIOCRUZ.

## Sergio Rego

Médico, Mestre em Saúde Coletiva — UERJ. Pesquisador Assistente do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS/DAPS/ENSP/FIOCRUZ).

## Soraya Almeida Belisário

Médica, Mestre em Saúde Pública — ENSP/93. Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.

#### Maria Consuelo Castrillon Agudelo

Enfermeira, Mestre em Educação, Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Antioquia, Colombia.

#### Maria Ruth dos Santos

Farmacêutica, Mestre em Saúde Pública — ENSP/93.

#### Monica Vieira

Socióloga, Mestranda em Saúde Pública pela ENSP. Pesquisadora Auxiliar do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS/DAPS/ENSP/FIOCRUZ).

#### Marcia Teixeira

Socióloga, Especialista em Recursos Humanos em Saúde. Pesquisadora Auxiliar do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (NERHUS/DAPS/ENSP/FIOCRUZ).

AND REPORT OF THE PROPERTY OF

Nossa homenagem especial ao Prof. Lycurgo de Castro Santos Filho, médico e historiador de medicina brasileira. Nosso reconhecimento pela sua preciosa contribuição neste campo de estudo.

## Sumário

Apresentação
Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico
Físicos, sectários e charlatães: a medicina em perspectiva histórico-comparada
Asociaciones médicas y política corporativista en méxico: apuntes sobre algunos cambios recientes
A evolução das relações entre os médicos franceses e o Estado de 1880 a 1980
Alguns aspectos da história da medicina brasileira
Profissão médica no Brasil97  Pedro Miguel dos Santos
O processo de socialização profissional na medicina
As múltiplas faces do médico-sanitarista
El trabajo en enfermería

Os farmacêuticos em profissionalização: o caso Brasil e a	
experiência internacional	163
Maria Ruth dos Santos	
Notas sobre a profissionalização da odontologia	183
Marcia Teixeira, Maria Helena Machado, Monica Vieira, Sergio Rego	

## Apresentação

A área da Sociologia das Profissões tem formulado um instigante debate em torno de questões polêmicas e atuais sobre o mundo das corporações profissionais e sua dinâmica organizativa.

A conexão entre base cognitiva e mercado de trabalho, aspectos do ambiente (Estado, sociedade, associações civis, instituições etc.), os avanços tecnológicos e seus efeitos no mundo profissional, a dimensão das arenas conflitivas e de competição entre elas e no interior delas respondem por um campo bastante atual e fecundo para estudos e análises, passando a fazer parte da agenda da sociologia.

Esta coletânea que ora apresentamos é fruto de um trabalho de equipe aliado a discussões que mantivemos com profissionais de diversos centros acadêmicos e que resultou numa significativa produção científica, inédita na área.

O artigo que abre a coletânea, de minha autoria, discute e analisa as questões teóricas e metodológicas sobre conceitos que envolvem o tema profissões. Este texto visa introduzir o leitor nas discussões contemporâneas da sociologia das profissões.

Na segunda parte são analisados diversos aspectos da profissão médica em alguns países. A riqueza das abordagens dos autores possibilita a melhor compreensão da complexidade que envolve a profissão médica nos respectivos países. Com uma habilidade impecável, Edmundo Campos delineia em seu artigo a trajetória da medicina no século XIX em três países: Inglaterra, Estados Unidos e França, com um propósito especial de avaliar a influência do saber médico no processo de profissionalização, proporcionando uma versão exemplar da história da medicina. O artigo de Gustavo Nigenda expõe a origem das Associações Médicas no México, seus objetivos e interesses, destacando as características do Estado mexicano que possuem relevância na determinação das relações políticas no sistema de saúde. O autor contribui com questões relevantes a estudos comparativos entre países com sistemas de saúde semelhantes, descrevendo os aspectos mais recentes de organização de interesses da corporação médica que respondem às novas tendências do mercado de serviços. Clau-

dine Herzlich nos traz a análise histórico-social da profissão médica francesa e a relação com o Estado no período de 1890-1980, mostrando as interferências estatais (especialmente no período da Revolução Francesa) e as estratégias adotadas pela corporação para se consolidar como tal. Com sua reconhecida importância nos estudos sobre a história da medicina, Lycurgo de Castro Santos Filho nos dá uma lição de história viva e real, utilizando sua própria experiência, relatando fatos "pitorescos" que contribuíram para a construção da medicina brasileira.

O texto de Pedro Miguel aborda a consolidação da profissão médica no Brasil e seu processo de constituição a partir do enfoque teórico da Sociologia das Profissões. Analisa, em especial, a trajetória dos médicos na conjuntura pernambucana. Sergio Rego busca conhecer o processo de socialização na medicina, através do estudo da educação médica, comparando as práticas curriculares e extracurriculares. Para tal, analisa algumas características dos estágios que ocorrem desvinculados dos programas formais das escolas médicas no Brasil. O eixo central do trabalho de Soraya Belisário é a discussão sobre a representação social do médico sanitarista, a metamorfose pela qual passou e passa esta especialidade desde sua constituição e as repercussões da sua crescente multiprofissionalização, descaracterizando-a como uma especialidade médica.

A terceira parte analisa aspectos sociológicos de outras profissões de saúde. Maria Consuelo Castrillon localiza a atividade de enfermagem, na Colômbia em especial, dentro do contexto geral do trabalho em saúde, destacando características como: produção e consumo simultâneos de ações de enfermagem, fracionamento das mesmas, divisão horizontal e vertical do trabalho, até a ausência de consenso sobre as funções de enfermagem. Propõe alternativas para recriar o ser, o fazer e o pensar da enfermagem. O artigo inédito de Maria Ruth dos Santos nos apresenta a discussão da profissão farmacêutica no Brasil e sua profissionalização, comparando-a com outros países. A autora nos mostra como esta profissão no Brasil perdeu sua importância social, diferentemente das experiências internacionais aqui analisadas. Fechando a coletânea temos o texto de Marcia Teixeira et alii, que traça o processo de profissionalização da odontologia apontando para os desafios que ora se apresentam a essa especial categoria da saúde.

Enfim, esperamos que esta coletânea contribua efetivamente para o esclarecimento da dinâmica das corporações e para o debate da sociologia das profissões.

## Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico

Maria Helena Machado

## Introdução

A controvertida área da sociologia das profissões tem formulado um instigante debate em torno de questões polêmicas e contemporâneas sobre o mundo das corporações profissionais e sua dinâmica organizativa (econômica, política, social, ideológica etc). Questões tais como: Quais os critérios sociológicos que definem uma profissão? O que diferencia uma profissão de uma semiprofissão? Há um processo crescente de profissionalização da sociedade? Ou vivemos a era da desprofissionalização de corporações poderosas, como a medicina, advocacia e a engenharia?

Na visão durkheimiana a sociedade moderna está caracterizada, basicamente, pela divisão do trabalho através das diferentes profissões e especializações. Sendo assim, Durkheim concebia a corporação profissional como a instituição que daria origem a nova ordem moral da sociedade industrializada. Todos os participantes da mesma atividade, patrões e empregados, juntos buscariam se organizar segundo regulamentos profissionais, onde os deveres e direitos estariam delimitados. Isto levaria a um poder moral capaz de impedir os egoísmos individuais, os abusos de poder dos fortes sobre os fracos. O sentimento de solidariedade social estaria resguardado e restabelecido. Para o autor, as corporações profissionais são fontes prestigiosas de solidariedade.¹

Este papel de construtora da moral profissional conferida às corporações por Durkheim é bastante rico para compreendermos a dinâmica organizativa de certos segmentos profissionais poderosos existentes hoje,

<sup>1</sup> Ver o estudo de Durkheim sobre moral profissional: Lições de sociologia: a Moral, o Direito e o Estado, São Paulo, Edusp, 1983.

como por exemplo os médicos, advogados, engenheiros, professores universitários e outros.

Nos textos sobre a moral profissional, acentua que temos tantas morais quanto profissões... encontramos pois, no seio de cada sociedade, uma pluralidade de morais a funcionar paralelamente. E esta moral deve ser preservada pelo grupo profissional. Regras devem existir que digam a cada um dos colaboradores seus direitos e seus deveres e isso não apenas de maneira geral e vaga senão precisa e minudente, com vistas às principais e mais ordinárias circunstâncias (Durkheim, 1983).

Apostava numa sociedade harmônica, capaz de gerir seus conflitos e conferia às corporações papel crucial no processo democrático. No entanto, as corporações profissionais de nossos tempos (médicos, professores, advogados etc.) não estão voltadas para este fim, mas para questões que dizem respeito exclusivamente à sua coletividade de pares. Elas são muito mais arenas políticas conflitivas, competitivas, do que consensuais e harmoniosas como idealizou.

A autonomia moral e profissional das corporações na proposta durkheimiana é problemática se aplicada à nossa realidade, por dois pontos que consideramos fundamentais: a) a historicidade das corporações, pois elas não nascem de uma história natural, mas de uma história social. Portanto, passíveis de influências e interdependências com outras profissões e com a própria sociedade mais ampla: b) o papel político-ideológico do Estado na configuração dessa moral mais ampla como também sua influência e intervenção na estruturação das corporações. Subestimou, ademais, o papel ideológico do Estado e conferiu às corporações a missão social de interlocutora e facilitadora dos mecanismos democráticos. O corporativismo foi implantado sim, mas a serviço das microcoletividades, dos guetos profissionais com forte atrelamento ao Estado.

## Definindo profissão

Há consenso pelo menos, entre os teóricos da área (Moore, Wilesnky, Larson, Freidson, entre outros), de que a existência de um corpo esotérico de conhecimento e a orientação para um ideal de serviços são dois atributos inquestionáveis para se definir profissão. A medicina, advocacia, engenharia, o clérigo e professores universitários, por exemplo, são, nesta perspectiva, consideradas profissões, enquanto os farmacêuticos, os enfermeiros, são classificados como semiprofissões. A justi-

ficativa para tal diferenciação é a ausência (no segundo caso) de um corpo específico de conhecimento, bem como a inexistência de um mercado de trabalho inviolável, como ocorrem com os médicos, os advogados, entre outros profissionais. Já a sociologia, a psicologia, ciências da computação são categorias em processo de profissionalização, ou seja, ainda não adquiriram *status* e perfil de uma profissão sólida. A diferença fundamental entre o *verdadeiro* profissional e o *quase* profissional é de que o primeiro negocia com uma clientela específica e o segundo não.

No entendimento de Weber (1984), uma profissão é uma peculiar especialización y coordinación que muestran los servicios prestados por una persona, fundamento para la misma de una probabilidade duradora de subasistencia e de ganacias. As profissões do ponto de vista weberiano podem ter lugar por razão de uma atribuição heterogênea de serviços com remuneração para sua subsistência correspondente dentro de uma associação reguladora da economia (divisão servil do trabalho) ou, com méritos de uma orientação autônoma, pela situação de mercado de serviços (divisão livre das profissões); firmar-se na especialização dos serviços; ou significar pelos fins de utilização econômica dos serviços profissionais, ora "autocéfala, ou heterocéfala".<sup>2</sup>

Enfim, las profesiones típicas y las clases de oportunidades de ingresos, se encuentram entre sí conexión de reciprocidad (Weber, 1984).

## Construindo paradigma

A contribuição mais sistemática ao tema foi inicialmente desenvolvida por Wilbert Moore<sup>3</sup>, que elaborou toda uma argumentação teórico-metodológica para estudar profissões, tornando-se modelo paradigmático no campo da sociologia.

Em sua argumentação destacando a grande dificuldade em conceituar profissionalismo, dada a inexistência de definição do *ideal-típico* ou características essenciais nas categorias que as distinguem das outras, esclarece Moore (1970): a tentativa de definir profissionalismo em termos

<sup>2</sup> Por especialização profissional ("autocéfala") Weber entende a exploração individual (advogado, médico, artesão etc) e por "heterocéfala" os operários de fábricas, empregados. Ver: Weber, M. *Economia y Sociedad*, México, Fondo de Cultura Econômica, 1984.

<sup>3</sup> Ver: Moore, W. *The Professions: roles e rules*: New York, Russel Laye Foundation, 1970. Ver também textos deste autor realizados nas décadas anteriores nos quais já esboçavam questões fundamentais.

ideais é clara e metodologicamente dispensável se especificações operacionais adequadas são assumíveis para a identificação de características selecionadas. Desta maneira, aponta outra forma para conceituar profissionalismo, elegendo assim uma escala de atributos:

- O profissional pratica uma ocupação em tempo integral e este passa a viver da remuneração oriunda da atividade exercida.
- Caracteriza-se pela presença de indivíduos que se destacam pela vocação, ou seja, aceitam as normas e modelos apropriados e se identificam
  com seus pares e têm uma forte noção de coletividade. No entanto,
  salienta Moore (1970), há inconsistências entre lealdade de pares e
  compromisso vocacional quando se pensa no serviço prestado ao cliente. Profissionais tendem muito mais a buscar, primeiramente, conformidade com seus pares. Estabelecem-se diálogos misteriosos com seus
  colegas, com uma linguagem técnica especializada, com estilos comuns,
  formas de trabalho e até mesmo formas de vestir comuns.
- Possui organização, isto é, eles se organizam a partir da mútua identificação de interesses da categoria distintos, usando, sobretudo, controle sobre acesso, seleção, projeção e regulamentação dos participantes, e adotando código de ética que formalizará assim as normas de conduta profissional. Em ordem temporal o monopólio da habilidade e da determinação de critério de admissão podem acontecer juntos e o controle do acesso pode ser fundamental para se estabelecer o treinamento-padrão de resultados. A organização dos interesses dos profissionais se orientam por problemas mundanos, que seriam questões ligadas às condições de trabalho, mercado de trabalho, salário e considerações estratégicas que dizem respeito a questões da ética, proteção e delimitação de território profissional, identidade e interesses profissionais etc. Esta é uma questão crucial e bem definida por Moore, que permite um perfeito entendimento da organização dos interesses das corporações profissionais.

A aquisição de um corpo de conhecimento formal, adquirido através de uma iniciativa jurídico-legal é realizada nas sociedades modernas, pelas universidades. Apesar de existirem variações, a educação formal serve de base para a maioria das ocupações nas sociedades modernas (Moore, 1970). Surge a necessidade de se ter um currículo mínimo homogeneizando o conteúdo teórico a ser transmitido aos aspirantes. Este atributo tem um lugar de destaque, já que o conhecimento esotérico é crucial na definição do que é uma profissão ou semiprofissão, por exemplo.

• Possui uma forte orientação para o serviço, isto é, serve aos interesses da coletividade, e tem uma praticidade social. Essa orientação para os serviços precisa ter aderência com a sociedade e envolve três normas subseqüentes, ou seja, de aptidão, de execução e de serviços. É preciso ter padrões individuais e coletivos, obrigando o profissional a se manter sempre atualizado na sua área. Por outro lado, para assegurar uma atuação profissional esses profissionais são obrigados a regular sua própria conduta através de aderência e códigos de ética. As normas de atuação referem-se primariamente a obrigações com seus clientes, secundariamente com seus pares, sendo que a incompetência ou uma atuação desleixada necessariamente refletem descréditos na produtividade profissional. Na verdade as funções das normas para a atuação são, idealmente tanto para proteger o cliente leigo, como legitimar o profissional contra charlatães e profissionais impróprios (Moore, 1970).

• A obtenção e manutenção da *autonomia*, que se comparada com a das existentes na Idade Média, foi exacerbada nas profissões modernas em função de sua crescente especialização. Sendo assim, a especialização técnica aumenta a autonomia do profissional. É preciso ter critérios claros tais como *evidence of service of the laity*, compromisso com a vocação, organização para efetivo controle de admissão, educação especializada e normas efetivas que assegurem execução competente de

serviços, longe do alcance de leigos.

Em seus estudos sobre profissões, Moore aponta alguns problemas teóricos metodológicos quanto a autonomia. O primeiro refere-se à pouca possibilidade de, ao fazer uma listagem de profissões e ocupações, uma categoria ter aspectos comuns que a difere dos demais tipos ocupacionais. Desta forma, os critérios propostos para o profissionalismo devem responder as questões comuns, porque as respostas podem ser diferentes de um caso para o outro, sugerindo, assim, uma escala. A falta de homogeneidade dentro da mesma ocupação é outra questão problemática. O que queremos dizer é que uma mesma categoria pode ter diversas condutas e formas de lidar com seus clientes, variando segundo sua área e especialidade, bem como de profissional para profissional.

Enfim, o que importa é que a autonomia tem que ser pensada de uma forma mais abrangente desde os aspectos relacionados ao saber, poder, técnicas, até os graus de autonomia que o profissional mantém quando de sua inserção no mercado. Na opinião de Moore, essa correspondência não é tão necessária. O que importa é que a autonomia tem que

ser pensada de uma forma mais abrangente desde os aspectos mais relacionados ao saber, poder, técnicas, até os graus de autonomia que o profissional mantém quando de sua inserção no mercado. Portanto, devemos ter muito cuidado em identificar e comparar profissões através do tempo e do espaço. Devemos ser cautelosos em assumir a homogeneidade, pois nem todas as profissões são igualmente valorizadas em todas as situações. Clérigos podem ter dificuldades em determinados regimes políticos, do mesmo modo que a prática profissional como a sua remuneração podem ser diferenciadas de um local para outro. Enfim, nossa estratégia de abordagem dessas diferenças é procurar uma análise sistemática do papel das relações profissionais, generalizando se possível e particularizando se necessário (Moore, 1970).

Conceituando de forma mais clara, podemos dizer que profissão é uma ocupação cujas obrigações criam e utilizam de forma sistemática o conhecimento geral acumulado na solução de problemas postulados por um cliente (tanto individual como coletivo). E atividade profissional é um conjunto de conhecimentos novos mais fortemente relacionados à uma esfera ocupacional. Portanto, a autoridade profissional é centrada no profissional que detém o conhecimento especializado para o problema específico do cliente.

Seguindo a mesma linha teórica mas avançando nos aspectos constitutivos da profissão, Wilensky (1970) desenvolve sua argumentação sobre processo de profissionalização das categorias profissionais com uma pergunta central: Quais são as diferenças entre médicos e carpinteiros, advogados e mecânicos de automóveis, que fazem com que a uns denominemos de profissionais e negando tal rótulo a outros? 4 Existem duas características básicas que distinguem profissão de ocupação no mercado. A primeira é o caráter técnico da tarefa do profissional, já que a mesma baseia-se no corpo de conhecimento sistemático adquirido através de um treinamento escolar. Pressupõe-se que esse conhecimento é transmitido por outros profissionais que falam a mesma linguagem. A segunda característica refere-se às normas e regras profissionais em que ele se orienta para executar sua tarefa. Em outros termos, essa tarefa ou atividade representa um conjunto de atos sistemáticos, contínuos que obedecem a uma certa lógica técnica científica. Sendo assim, qualquer profissão que pretenda exercer autoridade profissional terá de encontrar uma base técnica

<sup>4</sup> Para uma leitura mais detalhada, ver: Wilensky, H. L. The Profissionalization of everyone? In: *The Sociology of Organizations: basic studies* (Grusky, Oscar and Hiller, George eds.) New York, The Free Press, 1970.

para fazê-lo, reivindicar que tanto as técnicas como a jurisdição estejam de acordo com padrões de treinamento e convencer o público que seus serviços são exclusivamente confiáveis. (Wilensky, 1970). É estratégico que o público leigo sinta necessidade e busque seus serviços especializados. No entanto, dizer técnico não é o mesmo que dizer científico, pois a base da reivindicação de sua competência exclusiva varia de acordo com características distintas das funções e com a formação de cada profissão.

O ideal de trabalho é visto, nesta perspectiva teórica, como eixo central que guia toda reivindicação moral por status profissional, que possui dois lemas: a) faça tudo o que pode para manter os padrões profissionais de trabalho: b) esteja ciente da competência limitada de sua própria especialidade dentro da profissão, encaminhando para colegas os casos não solucionados na sua área.

Enfim, o grau de profissionalização é regido não só pelo grau de êxito na reivindicação por competência técnica exclusiva, mas também pelo grau de apelo ao ideal de trabalho, e pelas normas de apoio à conduta profissional. (Wilensky, 1970).

Haverá então, um processo de profissionalização? Para o autor este processo existe e incorpora cinco passos de uma profissão.<sup>5</sup>

- Primeiro, o trabalho torna-se uma ocupação de tempo integral. Isto ocorre dada a "necessidade social" e o surgimento e aplicação do trabalho específico.
- Segundo, criam-se escolas de treinamento, ou seja, a transmissão do corpo esotérico de conhecimento é feita por pares experientes. No entanto, este conhecimento não é mais transmitido de forma hereditária às famílias, mas de maneira sistematizada e universal para os aspirantes.
- Terceiro, forma-se a associação profissional. Neste momento definemse perfis profissionais que darão ao grupo uma identidade.
- Quarto, a profissão é regulamentada. Essa fase é essencial para a atividade profissional, já que nesse momento se define o território profissional assegurando assim o monopólio de competência não só do saber como da prática profissional.
- Quinto, adota-se um código de ética. Estabelecem-se normas e regras profissionais enquadrando-os. Também assegura-se legalmente o direi-

Wilensky desenvolveu um extenso estudo sobre dezoito profissões nos Estados Unidos e a partir daí formulou os cinco passos do processo de profissionalização.

to de expurgar os não-profissionais, considerando-os charlatães ou não aptos para o exercício.

No entanto, Wilensky (1970) aponta para as barreiras à profissionalização: contextos organizacionais que ameaçam a autonomia e o ideal de trabalho e a base de conhecimento que ameaça a jurisdição exclusiva. Portanto, o futuro do profissionalismo de uma ocupação depende do desenvolvimento na organização do trabalho e do conhecimento específico.

Um dos pontos congruentes entre Moore e Wilensky refere-se ao relativo grau de autonomia que um profissional assalariado tem nas sociedades industriais modernas. Moore (1970) afirma que neste caso é preciso rever a escala de atributos, principalmente no que se refere a autonomia. O profissional assalariado, como analisa Wilensky (1970), muitas vezes não possui responsabilidade exclusiva ou final pelo seu trabalho; ele tem que aceitar a autoridade final de não-profissionais na avaliação tanto do processo como do produto. Neste contexto, o autor destaca os médicos (assalariados ou não), dizendo que a autoridade e responsabilidade do médico, geralmente exercidas sob condições de emergência são tipicamente conclusivas, ele se encontra no topo da escala de prestígio na indústria médica, a diversidade de clientes faz com que ele não se torne dependente de um ou outro cliente. Interpretando a argumentação de Wilensky sobre diversos clientes como várias modalidades de inserção do trabalho médico (público, privado, consultório, pré-pagamento etc.) nos permite identificar nesta situação dois movimentos ambíguos. Se de um lado, o médico, ao se relacionar com vários clientes se diferencia dos outros profissionais, tornando-se, paradoxalmente, independente das regras de um único cliente (por exemplo, um cientista que trabalha para uma empresa e seu produto fica totalmente condicionado ao parecer final do empregador-cliente); por outro, este profissional acaba por responder a um código de regras e normas organizacionais criando constrangimentos ambientais à sua prática profissional, limitando sensivelmente sua autonomia e colocando em risco o ideal de trabalho.

A possível comparação entre profissionais assalariados com autônomos é um problema adicional na análise sociológica. Estes constrangimentos são bem ilustrados nos hospitais modernos, onde o bem-estar do paciente (sua cura) se choca com os interesses comerciais de lucratividade dos proprietários. O ideal de trabalho médico e a autonomia ficam abalados ante os interesses lucrativos da direção do estabelecimento. Além disso, Wilensky (1970) afirma que tanto os profissionais assalariados como os autônomos estão vulneráveis à perda de autonomia quando a

demanda depende de clientes poderosos ou patrões pouco receptivos ao julgamento profissional independente.

Reforça-se a idéia da construção da base de conhecimento e doutrina como ponto excepcional para a obtenção de status profissional. Se a base técnica de uma atividade consistir de um vocabulário que é familiar a todos ou se a mesma for científica, mas de tal forma restrita que pode ser aprendida pela maioria das pessoas como um conjunto de regras, aí então, a atividade terá dificuldades em reivindicar um monopólio de técnicas ou até mesmo uma jurisdição mais ou menos exclusiva. (Wilensky, 1970) Este corpo esotérico de conhecimento deve funcionar como uma caixa preta, ou seja, contendo segredos e técnicas profissionais invioláveis e indecifráveis por leigos, mas ao mesmo tempo com uma visibilidade social acessível a este mesmo público. O conhecimento profissional assim como todo conhecimento é até certo ponto tácito, e é isto que confere às profissões estabelecidas sua aura de mistério (Wilensky, 1970). Em outros termos, nem tudo que um especialista sabe e conhece, ele transmite verbalmente. Assim, podemos definir o especialista como um indivíduo que conhece tanto que só pode comunicar uma pequena fração do seu conhecimento. Os clientes vêem um mistério nas tarefas a serem desempenhadas, mistério este que não é dado ao leigo conhecer, visto que o conhecimento tácito é relativamente inacessível. Reter o conhecimento, torná-lo específico e suficientemente misterioso é o eixo central que move o profissionalismo.

Também na argumentação de Freidson (1978) a autonomia profissional tem um destaque. Sua análise enfatiza a comparação das atividades dos médicos com a dos paramédicos (enfermeiros, por exemplo). Nessa comparação o autor argumenta que o que diferencia a profissão médica das paramédicas é o grau de autonomia, prestígio, autoridade e responsabilidade que a profissão médica detém. Segundo Freidson (1978), para que la autonomia exista, el ejercitante debe trabajar solo y no ha de contraer abligaciones a largo plazo con sus clientes: debe ser capaz de interrumpir la relación con su cliente en qualquer momento y viceversa: el convennio de cobrar en base a honorarios por los servicios más que en base a un contrato financiero probablemente estimule la práctica autónoma.

Sendo assim, a satisfação do profissional liberal está em trabalhar livremente segundo seus próprios critérios. Na verdade, o médico tem

<sup>6</sup> Eliot Freidson tem produzido inúmeros estudos sobre sociologia das profissões desde a década de 1970. Ele contribuiu decisivamente para o avanço no campo teórico e metodológico das profissões.

sua satisfação plena quando trabalha por conta própria, podendo, livremente, examinar, prescrever, diagnosticar e tratar do seu paciente. A autonomia profissional é essa capacidade adquirida pela medicina no início do século XX, de avaliar e controlar ela mesma o aspecto técnico de seu próprio trabalho.

Freidson (1978) estabelece uma distinção importante entre a *autonomia técnica*, que é o critério decisivo de diferenciação entre uma ocupação e uma profissão e a autonomia socioeconômica. Enquanto a primeira está no centro da autoridade médica, a segunda é mais periférica. Esta argumentação fica clara quando o autor compara a atividade dos médicos nos Estados Unidos, Inglaterra, França e União Soviética e mostra que quaisquer que sejam as obrigações socioeconômicas impostas a eles (horários, número de clientes etc.) sua autonomia técnica não é afetada.

No entanto, uma questão problemática na análise freidsoniana é a convicção de que a autonomia profissional (técnica) não é abalada por nenhum constrangimento ambiental quando sabemos que poderosos agentes (Estado, sociedade e a própria clientela) interferem e, em certas circunstâncias, alteram a dimensão da autonomia profissional. O saber técnico não está descolado da realidade em que o profissional atua.

Contrapondo a idéia de uma autonomia desvinculada das injunções ambientais, Larson (1977) enfatiza que na profissão médica, mesmo sendo o consumidor individualizado (clientela) a natureza vital da necessidade (vida e morte) e a garantia do Estado para o exercício do monopólio profissional, isto não garante que de fato a autonomia profissional e o controle monopolístico se efetuem. Afirma Larson (1977): cada um deles, e todos combinados, estão condicionados pela possibilidade de negociação de exclusividade cognitiva, que é uma variante crucial de intervenção. Fundamentando sua argumentação, a autora compara a engenharia com a medicina, buscando as possíveis diferenças que marcam essas duas profissões estabelecidas e reconhecidas como tal pela sociologia.

A primeira diferença evoca a natureza do trabalho de ambas. Enquanto os engenheiros atuam como idealizadores e coordenadores de um projeto ou trabalho, os médicos atuam como executores diretos da atividade. Não há delegação da essência de sua ação profissional. A segunda diferença básica entre engenharia e medicina é que a natureza física do produto da engenharia envolve imediatamente a possibilidade de que o comprador seja uma pessoa diferente do consumidor. A relação entre o idealizador técnico e o comprador de seus serviços é tipicamente diferente daquela que prevalece quando há uma fusão entre o comprador e o con-

sumidor. Outra peculiar diferença é a possibilidade do *roubo do cliente* ou do produto, ou seja, o risco que o engenheiro tem de que seus segredos sejam copiados através, por exemplo, de espionagem industrial. Situação semelhante é difícil no caso do médico, já que a relação com o cliente é pessoal e intransferível. A *ascensão profissional* do engenheiro também difere da que o médico possui, pois a mobilidade profissional do primeiro está mais condicionada a estruturas organizacionais (mercado subordinado) que o segundo.

## Base cognitiva e mercado de trabalho: categorias-chaves para a análise sociológica

Priorizando as relações estabelecidas entre profissões, mercado de trabalho e Estado, Larson (1977) acrescenta às dimensões estruturais (conhecimentos e organização), os aspectos ambientais como elementos que constrangem ou não uma profissão, conferindo-lhe mais ou menos monopólio de competência.

Para a autora, a estrutura de profissionalização está centrada em dois pontos básicos: a dimensão do conhecimento abstrato, passível de aplicabilidade, e o *mercado* determinado pelas condições socioeconômicas e pela ideologia dominante vigente. As dimensões de controle de mercado de trabalho funcionam como estratégias eficientes para a consolidação do monopólio de competência: ou seja, a natureza do serviço, o tipo de mercado, e de clientela, a base cognitiva, a formação profissional, relações de poder, afinidade profissional com a ideologia dominante.

Como já salientamos anteriormente, Larson (1977) confere ao mercado e à base cognitiva de uma profissão os dois pontos fundamentais para qualquer projeto profissional. A estrutura de um mercado profissional particular é determinada pela estrutura social que molda a necessidade social para um dado serviço e, além disso, define o público atual ou potencial da profissão.

Quanto a base cognitiva, a autora sugere que a melhor forma é aquela que revela, ou atua ou maximiza as características do mercado profissional. Ela deve ser específica o bastante para partilhar com clareza a utilidade profissional, e ser formalizada ou codificada o bastante para permitir a estandardização do produto; o que significa essencialmente a estandardização dos produtores. E ainda, não deve ser tão claramente

codificada que não permita efetuar um princípio de exclusão: onde todos podem reivindicar serem *experts*, não há *expertise*.

A autora adiciona ainda à sua análise a necessidade de mudanças sucessivas na base cognitiva. Tal discussão introduz uma variável interessante para a análise sociológica de profissões, qual seja: a incorporação de tecnologia (inovações) como componente crucial para a manutenção do monopólio de competência. A mudança na base cognitiva é um componente necessário para prevenir a rotina excessiva e assim a relativa inacessibilidade da expertise. Ao mesmo tempo, a mudança não pode ser tão rápida nem tão fragmentária que impeça a socialização do conhecimento pelos experts. Além disso, a mudança, para ser legitimada, deve ser percebida pela sociedade como progresso, que para Khun é a necessidade de tratar a atividade cognitiva como ciência. O conteúdo sociológico da aproximação de Khun à produção científica é relevante para a análise das profissões. Uma aparente tautologia, que precisa ser explicada, resume uma parte central de uma interpretação: a ciência é inseparável da percepção do progresso porque ela é o produto exclusivo de comunidades de cientistas especializadas. As comunidades científicas, diz Khun, são caracterizadas por seqüências de entendimentos tácitos compartilhados, que nós chamamos de paradigmas. Um paradigma não é um sistema abstrato de regras explícitas mas uma prática acessível durante um longo processo de socialização. (Larson, 1977)

A profissão médica, neste sentido, é a profissão que mais adquiriu essa capacidade de articular competentemente sua base cognitiva com os avanços tecnológicos mantendo sólida credibilidade de mercado. A profissão médica, dada a sua natureza e tradição, é uma profissão sociologicamente incomparável e erram os que buscam traçar perfis socioprofissionais semelhantes a ela.

## Corporativismo: elemento de identidade profissional

De fundamental importância realçada nos aspectos constitutivos de uma profissão é a capacidade extraordinária de cooperação entre colegas. Essa cooperação mútua na categoria é traduzida no que usualmente chamamos de *corporativismo*.

Tão importante como aprender atitudes e valores relativos ao trato com os clientes, é aprender a colaborar com os companheiros de profis-

são.<sup>7</sup> A forma de se relacionar e manter este espírito é através da organização colegial. Esto significa que los profesionales se encuentran unidos, en parte para protegerse de las interferencias de personas o grupos extraprofesionales, y también para protegerse a los demás de los miembros (Coe, 1979).

Por outro lado, algumas características são visíveis na organização da comunidade de pares, qual sejam: os membros são unidos por um senso de identidade; uma vez dentro deste círculo poucos saem; compartilham valores comuns; os papéis são aceitos por todos os colegas; a comunidade tem poder sobre eles; os limites são claros; e produz novas gerações, mantendo controle da seleção dos treinados. Esta organização formada exclusivamente por pares é uma organização do *eu sou* (médico, advogado, sociólogo), onde as considerações estratégicas são privilegiadas (saber, poder, *status* etc.).

A dimensão do coleguismo, ou melhor dizendo, do corporativismo, é um ponto fundamental da organização e a dinâmica dos interesses da corporação. A manifestação extrema deste corporativismo é a relutância em criticar julgamentos ou destrezas de um colega profissional. Sendo assim, torna-se ainda mais complexo o julgamento do trabalho profissional por leigos. Portanto, a auto-regulação serve para preservar ou mesmo promover melhores padrões, mas pode ser simplesmente para aumentar prestígio ocupacional, controlar número de práticas, diminuir a competição e aumentar a renda (Moore, 1970). As associações profissionais são uma das formas de regulação mais antiga das corporações. O desenvolvimento do código de ética é um caminho proeminente pelo qual as associações funcionam como auto-regulação, que são sistemas legais, privados, característicos das profissões estabelecidas formalmente.

O aspecto fiscalizador da corporação para ação intrapares é também relevante na análise sociológica. É necessário que haja pares fiscalizando pares, e que este tenha domínio da atividade executora. Assim, este tipo de organización es posible gracias al conocimiento de sus miembros de que solamente los profesionales tienem conocimentos suficientes para juzgar la calidad de la atuación de sus companeros (Coe, 1970). Portanto, existe desde luego, un cierto atractivo en el trabajo profesional. En parte ello se debe al hecho de que en las sociedades modernas, el trabajo profesional

<sup>7</sup> Para mais crítica, ver: Coe, M. R. *Sociologia de la medicina*. Madrid Alianza Editorial, 1979. Sobre corporativismo, ver por exemplo: Machado, M. H., As Corporações Profissionais: sindicalismo x corporativismo. In: *Planejamento Criativo: novos desafios em Políticas de Saúde*. Gallo. E. et al. R. J., Relume Dumará. 1992.

recibe un alto status social y recompensas económicas, que proceden del reconocimento público de la contribución exclusiva que cada profesión hace a la sociedad (Coe, 1979).

Buscando avançar na construção de novos paradigmas no campo da sociologia das profissões, autores como Goode (1969), Larson (1977), Klegon (1978), Freidson (1979, 1983, 1986), Abbott (1988) entre outros, desenvolvem críticas aos autores clássicos da área e apontam para questões fundamentais ainda pouco estudadas, como discutiremos brevemente no item seguinte.

## Os limites da teoria: uma nova proposta

Nos estudos sobre os limites da profissionalização, William Goode (1969) discute como a sociedade industrial é uma sociedade profissionalizante. Todas são sistemas de competição entre indivíduos. Uma ocupação pode experimentar mais poder se ela consegue trocar algumas de suas relações amigáveis (crescimento de prestígio ou influência política) por privilégios legais ou controles. Este autor introduz a variável competição nos estudos de profissões já que as pessoas e ocupações competem umas com as outras pelas recompensas na sociedade como um todo, objetivando produzir e obter mais ganhos, como também mais prestígio e poder (Goode, 1969).

Apesar de concordar com os teóricos clássicos da sociologia das profissões (Wilensky, Moore e outros) quanto aos critérios definidores de profissão, (corpo esotérico de conhecimento e o ideal de serviço), seu ataque centra-se na questão destes construirem uma história natural de profissionalismo. O esforço concreto dos passos de Wilensky é realmente uma descrição das várias áreas em que uma profissão emergente pode participar nas transações com as outras ocupações na sociedade. Além disso, e fundamentalmente, estes passos formais omitem os elementos essenciais da profissionalização, não separando o que é genérico do que é derivado. Muitas ocupações e atividades tentaram executar essas passos sem serem reconhecidos como profissões (Goode, 1969). E mais, a lista de atributos e características de profissões, apesar de basear-se na observação da realidade, contém uma similaridade grande de que todas deri-

<sup>8</sup> Ver: Goode, W. J. The Theoretical limits of professionalization. In: *The Semi-professions and their organization* (A. Etzioni, ed.), New York, Free Press, 1969.

vam de duas conceituadas e tradicionais profissões: a medicina e o sacerdócio. O que representa dizer que o modelo sociológico adotado, tradicionalmente, confere importância capital, por exemplo, ao elevado ganho de prestígio e influência, requerimento de alto grau educacional, autonomia, código de ética, monopólio de tarefas, entre outros.

Já Douglas Klegon (1978) argumenta que há uma inconsistência por parte das diversas listas de atributos empregados nas definições das profissões e que esses atributos são difíceis de serem aplicados às ocupações concretas. Salienta que os estudiosos deste tema acabam por construir list markers. A discordância nos critérios que diferenciam profissões de nãoprofissões é simbólico, pois o ponto mais crítico da abordagem taxonômica é a inabilidade de aplicar a lista de critérios (abstratos e teóricos) a situações concretas, ou seja, a existência de uma abstração, um conhecimento teórico. Mesmo aqueles proponentes da perspectiva taxonômica têm alguma dificuldade em aplicar o critério-base de conhecimento — a situações concretas. Por exemplo, Wilensky tem argumentado que um conhecimento sistematizado baseado em longo treinamento é importante. Encontra problema, no entanto, em esclarecer como alguém pode classificar se uma ocupação tem conhecimento semelhante já que este pode nem ser técnico, nem comum (Klegon, 1978).

Contrário a essa visão estática da abordagem taxonômica, Klegon (1978), por exemplo, contra-argumenta dizendo que a base de conhecimento tanto quanto a parte da ideologia da ocupação podem mudar e serem contornadas, bem como as necessidades das ocupações profissionais. Sendo assim, o critério de base de conhecimento é problemático para distinguir profissões que requerem perícia, habilidade mental e destreza manual e aquelas que são baseadas num conhecimento teórico. E questiona: qual seria a diferença entre um profissional médico cirurgião e um mecânico especializado, se ambos dominam técnicas e conhecimentos específicos sobre seu objeto? Responde Klegon (1978): Talvez então o limite entre habilidade técnica e profissão não seja clara e seja uma definição social, a qual é mais importante que definir habilidade mental e conhecimento teórico.

Faz também severas críticas de que a produção de conhecimento é base para definição de atividades tipicamente profissionais, pois tende a mascarar diferenças de ocupações consideradas como profissões. Por

<sup>9</sup> Douglas Klegon desenvolve uma consistente argumentação crítica aos estudiosos da área em: The sociology of professions: an emerging perspective. In: *Sociology of Word and Ocupations*, Vol. 5, 1978.

exemplo, o conhecimento do clero é sagrado, para os doutores ele é científico. Portanto, as regras da base do conhecimento são subjetivas e seus caminhos abstratos e teóricos.

Enfim, a crítica central de Klegon (1978) às abordagens taxonômicas é de que a ideologia tradicional que as profissões têm assumido, ao envolver tipos característicos como confiança, código de ética e ideal de serviço, traduzem um *status* superior. Qualquer crítica ao modelo profissional é visto como um ataque à legitimidade ou ao seu *status*. Neste sentido, elaborar críticas ao modelo taxonômico para definir profissões não avança muito. É necessário dar outro tratamento analítico aos grupos ocupacionais. Os estudos deveriam abandonar a idéia das profissões enquanto entidades isoladas e enfatizar a orientação ideológica que estas adotam.

Durand (1975), um sociólogo brasileiro estudando esta produção teórica sobre profissões, desenvolveu críticas acusando esta mesma produção de elitista e deslocada da realidade social. 10 O autor toma a definição anglo-saxônica da profissão para formular sua crítica ao modelo convencional de análise sociológica. Assim, profession designa ocupação que exige preparo escolar sistemático e prolongado, controle do desempenho individual pelos pares (ou autocontrole) e legitimação da ação profissional em nome da prestação desinteressada de serviço à comunidade, traço usualmente chamado de ideal de serviço. Portanto, argumenta Durand (1975), profession é tomado como um tipo ideal na acepção weberiana do termo e supostamente entende-se, trata-se de processo generalizado pelo qual passam as mais diversas ocupações nascidas da divisão técnica do trabalho, e que, no limite buscariam regular legal e eticamente (ou corporativamente) a competição econômica entre seus membros e com outras categorias, suplantando as oposições entre classes sociais. Em suma, endossam a esperança durkheimiana no ressurgimento da corporação de ofício como força de controle capaz de dissolver a polarização de classes ao nível da luta reivindicativa e política: enfim, de superar o 'estudo de anomia jurídica e moral da vida econômica', conforme proposta desenvolvida no prefácio da segunda edição de A Divisão do Trabalho Social.

Durand centra seu ataque aos pressupostos teóricos da sociologia das profissões em dois pontos: o viés ideológico e o erro de perspectiva

<sup>10</sup> Em 1975, Durand formulou crítica à sociologia das profissões num artigo intitulado: A Serviço da Coletividade: Crítica à Sociologia das Profissões.

por ele condicionado. Ao endossar a premissa de que a organização profissional das ocupações significa a superação de interesses privados individuais ou grupos em nome de nobres interesses coletivos, os sociólogos estariam reafirmando o discurso ideológico dos próprios profissionais, que nada mais é do que a ideologia pequeno burguesa que assume acima das classes sociais e de seus conflitos necessários. (Durand, 1975) Por outro lado, ao entender a organização profissional como comunidade de interesses e âmbito de socialização, esta sociologia de inspiração funcionalista não estaria levando em conta o movimento simultâneo e correlato de desprofissionalização, definido pelo aumento do número de profissionais assalariados (isto é, pela difusão da relação de assalariamento) pela emergência (entre os quadros médios e mesmo superiores) da organização sindical e da prática de greve a que apelam as frações operárias e, finalmente, pela redução do diferencial de salário, de prestígio e de controle do processo de trabalho do trabalhador não-manual qualificado em relação às demais categorias de trabalhadores não-manuais e operárias (Durand, 1975).

No entanto, apesar da pertinência das críticas, o autor acaba não explicitando o caminho a seguir. Acaba priorizando apenas a dimensão de mercado de trabalho como variável analítica mais adequada às profissões no mundo do trabalho, reduzindo assim seu universo analítico às dimensões de mercado e sua variações.

Da mesma forma, Donnangelo (1975) mostra, em seus estudos sociológicos sobre a profissão médica, que as mudanças estruturais em desenvolvimento na sociedade brasileira, com a crescente interferência do Estado, por exemplo, provocaram uma reorganização dos fatores envolvidos na produção de serviços de saúde e a redefinição das próprias formas sociais do trabalho médico. Significa em última instância, no caso médico, a progressiva perda de *propriedade e ou controle, pelo produtor direto, dos meios de produção*. Representa também uma divisão social do trabalho entre os membros da categoria ocupacional, resultante de novas formas de distribuição e concentração daqueles meios, e que permite pensar os produtores como tendencialmente assalariados ou não-assalariados (Donnangelo, 1975). A posse dos meios de produção, aí compreendidos o domínio da informação e dos recursos necessários para a execução do trabalho, mais a captação de uma clientela difusa, constitui

<sup>11</sup> Donnangelo, M. C. F. Medicina e Sociedade, São Paulo, Pioneira, 1975.

o principal fundamento da presença do médico como produtor independente do mercado.

Portanto, as alterações registradas nestes últimos anos na estrutura e dinâmica do mercado de trabalho em saúde e, em especial, dos médicos, configuraram em mudanças substantivas na sua prática profissional. Tais mudanças são mais evidenciadas nas sociedades periféricas, como por exemplo o Brasil, onde a presença estatal é mais impositiva. A insuficiência econômica do sistema frente à estrutura de necessidades da população, na mesma medida em que acarreta, pela interferência do Estado, a criação de uma nova clientela, impõe limitações à sua liberdade de circulação no mercado, e gera o controle de preço do trabalho médico. O assalariamento através do próprio setor público tem sido o efeito mais imediato dessa conjugação de fatores. (Donnangelo, 1975)

A análise de Donnangelo busca analisar uma profissão (a médica, no caso), inserindo-a no mundo do trabalho (mercado), mas acaba caindo nas armadilhas das análises marxistas que enfatizam e priorizam as relações de mercado — Estado, por exemplo —, enquadrando os profissionais na tradicional dicotomia: capital e trabalho.

Revisitando a literatura convencional de profissões e buscando construir alternativas de abordagem, Abbott (1988) contrapõe os teóricos dizendo que a maioria assume e analisa as profissões tomando o critério de processo de *profissionalização*. Em outras palavras, analisa menos sobre o que as profissões fazem do que sobre como elas se organizam para fazê-lo. <sup>12</sup> Sendo assim, o conceito de profissionalização é enganador porque negligencia os atores sociais. "O estudo das formas organizacionais pode na verdade mostrar como certas ocupações controlam seu conhecimento e sua prática. Mas não pode dizer porque aquelas formas emergem, quando elas o fazem ou porque obtém sucesso em algumas vezes e falham em outras (Abbott, 1988).

Portanto, a sociologia deve centrar os estudos de caso sobre jurisdição e suas disputas, ou seja, ela deve colocar essas disputas num contexto amplo, considerando o sistema das profissões como um todo. É preciso estudar esses sistemas em desenvolvimento em vários países para avaliar os fatores exógenos que moldam os sistemas de profissões. Somente a partir disso pode derivar um modelo efetivo para o entender o desenvolvimento profissional nas sociedades modernas (Abbott, 1988).

<sup>12</sup> Ver Abbott, A. The system of professions an essay on the division of expert labor, Chicago, The Chicago Press, 1988.

Na sua detalhada revisão da literatura sobre o tema, Abbott (1988) mostra que a diferença básica do processo de profissionalização descrito por Wilensky e Larson, por exemplo, é somente o uso do tempo. Para Wilensky, Caplow e Millerson, as profissões se desenvolvem no tempo abstrato. Esse tempo não possui propriedades próprias que condiciona o desenvolvimento das profissões. Em contraste, para Larson tais propriedades são forças centrais de profissionalização (Abbott, 1988). Portanto, o problema central com o conceito dominante de profissionalização é seu foco na estrutura e não no trabalho. Analisar o desenvolvimento profissional é ver como esse vínculo (elo) é criado no trabalho, como ele está ancorado na estrutura social formal e informal e como a ação recíproca das ligações jurisdicionais entre as profissões determinam a história das próprias profissões individuais.

Finalizando, o que apreendemos com esta breve revisão da literatura sobre profissões nos aponta para dimensões analíticas problemáticas, tais como: conceito de profissão, profissionalismo, processo de profissionalização e autonomia profissional, entre outras. A conexão entre base cognitiva e mercado de trabalho, assim como os aspectos ambientais (Estado, sociedade, clientela, associações civis etc.), precisam ser vistos como elementos de constrangimentos da prática profissional. A dimensão conflitiva e competitiva existente no interior da corporação, assim como os avanços tecnológicos produzidos pela ciência alterando rapidamente a base cognitiva de uma atividade profissional, são questões cruciais a serem privilegiadas na análise de profissões no mundo atual. O debate em torno da autonomia e soberania profissionais nos remetem a questões essenciais como: O que é autonomia? Como uma profissão adquire tal soberania e a mantém historicamente? Como analisar as dimensões socioeconômicas? Qual é a real conexão entre base cognitiva e mercado de trabalho? A autonomia é um fator efetivamente necessário para a prática profissional ou será apenas um elemento ideológico importante na estratégia de poder da profissão?

## Bibliografia

ABBOTT, A. The system of professions an essay on the division of expert labor. Chicago, The Chicago Press, 1988.

COE, R. Sociologia de la Medicina. Madrid, Alianza Editorial, 1979. DONNANGELO, M. C. F. Medicina e Sociedade. São Paulo, Pioneira, 1975. DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1976.

DURAND, J. C. G. A Serviço da Coletividade: Crítica à Sociologia das Profissões.

Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, 1975.

Profissões de saúde em São Paulo: a expansão e concorrência e

\_\_\_\_\_. Profissões de saúde em São Paulo: a expansão e concorrência entre 1968 e 1983. Cadernos Fundap. São Paulo, 1985.

DURKHEIM, E. Lições de Sociologia — A Moral, O Direito, O Estado. São Paulo, Edusp, 1983.

\_\_\_\_. La División del Trabajo social. Barcelona, Editorial Planeta de Agostini, 1985.

FREIDSON, E. La Profesión Médica: un estudio del la sociologia del conocimiento aplicado. Barcelona, Ediciones Península, 1978.

\_\_\_\_\_. The Theory of Professions: State of the Art. In: Sociology of the Professions: Lawyers, Doctors and Others (Robert Dingwall, ed.), London, The Macmillan Press LTD, 1983, p. 19-37.

\_\_\_\_\_. Profissional Power: a Study of the Institutionalization of the Formal Knowledge. Chicago, The University of Chicago Press, 1986.

GALO, E. et al. Planejamento Criativo: Novos desafios em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1992.

GOODE, W. J. The Theoretical Limits of Professionalization. In: *The Semi-Professions and their organization* (A. Etzioni, ed.), New York, Free Press, 1969.

HERZLICH, C. Médicine Maladie et Société. France, Ecole Pratique des Hautes Études and Mouton, 1970.

\_\_\_\_\_. The evolution of relations between french physician and the state from 1880 to 1980. In: *A Journal of Medical Sociology*. Vol. 4: 3, London, 1982.

KLEGON, D. A. The Sociology of Professions: an emerging perspective. In: Sociology of work and Occupations. Vol. 5, 1978.

LARSON, M. S., The Rise of Professionalism: a Sociologial Analysis. Los Angeles, University of Califórnia Press, 1977.

MACHADO, M. H. As Corporações Profissionais: Sindicalismo X Corporativismo. In: op. cit. (Gallo. E., Machado. M. H. & Rivera, J., orgs.), Rio de Janeiro, 1992.

\_\_\_\_\_. Sociologia de las profesiones: in nuevo enfoque. In: Educación Médica y Salud. Vol. 25: 1, Washington, OPAS, 1991.

MACHADO, M. H. et al. El Mercado de Trabajo en Salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. In: Educación Médica y Salud. Washington, OPAS, 1991.

MACHADO, R. et al. Danação da Norma — Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MARINHO, M. J. M. C. Profissões e Intervenção do Estado. Série de Estudos. Rio de Janeiro, Iuperj, 1984.

- \_\_\_\_\_. Profissionalização e Credenciamento: a Política das Profissões. Dep. Nacional. Rio de Janeiro, Senai, 1986.
- MILLS, W. A Nova Classe Média. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.
- MOORE, W. The Professions: Roles and Rules. New York, Russel Sage Foundation, 1970.
- NOGUEIRA, R. P. Medicina Interna e Cirurgia. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, IMS-Uerj, 1978.
- OFFE, C. Trabalho e Sociedade: Problemas Estruturais e Perspectivas para o Futuro da Sociedade do Trabalho. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.
- PEREIRA, J. C. M. A Explicação Sociológica na Medicina Social. Ribeirão Preto, USP, 1983. (mimeo)
- POWELL, M. J. Developments in the Regulation of Lawyears: Competing Segments and Market, Client and Government Controls, Social Forces. Vol. 64: 2, 1985.
- REED, R. R. & EVANS, D. The Desprofessionalization of Medicine Causes, Effects and Responses. Special Communication. Vol., 258: 22. JAMA, 1987.
- SANTOS, F. L. História Geral da Medicina Brasileira. Vol. 1/2. São Paulo, Hucitec/ Edusp, 1991.
- SIGERIST, H. E. . História y Sociología de la Medicina. Bogotá, Editora Guadalupe, 1974.
- STARR, P. The social transformation of American Medicine. U.S.A., Basic Books, 1982.
- TURNER, C. & HODGE, M. N. Occupations and Professions. In: *Professions and Professionalization* (Jackson, J., ed.), London, Cambridge, 1970.
- VOLLMER, H. M. & MILLS, D. L. Professionalizations. New Jersey, Prentice-Hall, 1966.
- WEBER, M. Ensaios de sociologia. Rio de Janeiro, Guanabara, 1982.

  \_\_\_\_\_. Economia y sociedad. México, Fondo de Cultura Econômica, 1984.
- WILENSKY, H. L. The Profissionalization of Everyone?. In: The Sociology of Organizations: basic studies (Grusky, Oscar and Miller, George eds.), New York, The Free Press, 1970.

# Físicos, sectários e charlatães: a medicina em perspectiva histórico-comparada

Edmundo Campos Coelho

Toda profissão é uma conspiração contra o leigo.

**BERNARD SHAW** 

Não é raro que a história da medicina seja escrita como um capítulo do desenvolvimento da Razão posta a serviço da humanidade, e com maior probabilidade se o historiador for ele próprio um médico. Freidson descreveu como isto ocorre: visitando o passado com a perspectiva da ciência moderna o historiador seleciona de várias épocas os elementos válidos do saber médico, dispondo-os numa cronologia de verdades que se somam para constituir a medicina científica contemporânea.¹ O que conta nesta história não é o opaco dia-a-dia dos milhares de praticantes anônimos, mas o fulgor desses eventos extraordinários e das celebridades que os produzem: as grandes descobertas médicas e os grandes inovadores.

Ao contrário, a história da medicina contada pelo sociólogo dificilmente produzirá qualquer sentimento de exaltação porque será tecida com outros materiais: conflitos em torno de hierarquias emergentes, acirradas disputas por mercado, luta por poder e prestígio, e até mesmo ignorância e má-fé. Nesta história, nem sempre o interesse humanitário — e, sobretudo, o interesse do paciente — é o valor mais relevante, embora sempre ocupe lugar de destaque no discurso ideológico da medicina. Esta versão tão pouco exemplar só pode ser produzida porque para o sociólogo a medicina não é o saber médico, mas uma atividade, e bastante mundana. A medicina é uma ocupação, um meio de ganhar a vida ven-

<sup>1</sup> Freidson, E. The Profession of medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York, Dodd, Mead & Company, 1973, p. 13.

dendo serviços (diagnóstico e tratamento) num mercado. Trata-se, todavia, de uma ocupação peculiar, com características que a distinguem das demais e que a colocam numa categoria particular, a das profissões. Entre outras coisas, o que define sociologicamente uma profissão é o fato de que ela controla um corpo de conhecimento (por exemplo, sua transmissão) e detém o monopólio da prestação de um serviço no mercado. O controle do conhecimento resulta na obtenção de autoridade cultural sobre um segmento da realidade (por exemplo, definição de *doença* ou de *loucura*); o monopólio resulta em privilégios ocupacionais e em vantagens materiais. Inúmeras ocupações, aspirando ao prestígio e aos privilégios de que desfrutam as profissões, reivindicam o controle de saberes e o monopólio de serviços, e o que distingue a medicina neste particular é que em quase todas as sociedades ocidentais ela foi particularmente bem-sucedida em suas reivindicações.

Contemporaneamente, o conhecimento médico é usualmente obtido em cursos universitários de longa duração e bastante dispendiosos: em alguns países eles devem ser aprovados ou credenciados por sociedades médicas. A admissão a estes cursos está geralmente condicionada à aprovação em exames de seleção dos mais exigentes. Em certos países, entre eles o Brasil, a obtenção do diploma ao final do curso é atestado suficiente de qualificação para o exercício profissional; em outros, como nos Estados Unidos, o diploma não é o bastante, e a entrada no mercado de trabalho fica dependendo ainda da aprovação do candidato em exame suplementar aplicado por uma junta médica (state board of examination). Algumas exigências burocráticas adicionais podem ser necessárias, tais como o registro do diploma em agências do Estado (no Brasil, o Ministério da Educação) e a inscrição do diplomado em conselho ou associação profissional. Em comparação com outras profissões, e tendo em vista a demanda praticamente ilimitada por serviços médicos, o número restrito de vagas nas escolas, os exames rigorosos de admissão e os cursos caros e de longa duração produzem uma escassez relativa de profissionais no mercado de trabalho e uma expressiva valorização dos seus serviços. Some-se a isto o fato de que qualquer indivíduo que não tenha sido credenciado através dos procedimentos já referidos poderá ser processado criminalmente pelas associações, conselhos ou sociedades médicas caso seja surpreendido passando uma mera receita, ainda que ele seja, por exemplo, um farmacêutico diplomado e altamente qualificado. A prescrição de medicamentos é um dos aspectos mais salientes do monopólio da medicina.

O pressuposto por detrás destes critérios e procedimentos de controle é o de que: a) todo o corpo do conhecimento médico é abstrato e altamente complexo (para não dizer esotérico), e todo ele é igualmente indispensável à prática quotidiana da medicina; b) só uma longa seqüência de etapas de estudos formais e de exames acadêmicos é capaz de preparar para o exercício de todas as atividades da profissão; c) segue que todo o conhecimento médico está fora do alcance do leigo, o qual, conseqüentemente, não está equipado para opinar sobre a conveniência de quaisquer procedimentos médicos, nem para avaliar a qualidade do serviço prestado pelos profissionais, opinião e avaliação estas que cabem exclusivamente a outros médicos; d) tal autoridade e tais controles profissionais visam proteger a sociedade do *charlatanismo*.

Como profissão a medicina dispõe ainda de um conjunto de instituições e organizações cuja função é, geralmente, a de garantir um mínimo de auto-regulação ocupacional. Códigos de ética prescrevem, entre outras coisas, a forma de relacionamento entre os médicos, e entre estes e seus pacientes: sociedades médicas, ou comissões de especialistas por elas designadas ou aprovadas, definem o que constitui um conhecimento médico *válido*, divulgando-o através de revistas especializadas (e excluindo o que não se ajusta ao paradigma dominante): associações profissionais mantêm registro dos médicos em atividade para efeito de controle, e procuram estabelecer, com base em considerações *éticas*, as condições socioeconômicas gerais capazes de garantir a boa prática profissional (valor mínimo dos honorários, relações contratuais de emprego, pisos salariais, condições de trabalho etc.) com a finalidade de preservar a *dignidade* da profissão.

Isso posto, as questões que de uma perspectiva histórica interessam ao sociólogo dizem respeito em primeiro lugar a como a medicina tornou-se uma forma institucionalizada de ganhar a vida ou, alternativamente, como se constituiu um mercado para os serviços médicos e como em respostas às contingências deste mercado a medicina profissionalizou-se para controlá-lo. Entretanto, ao buscar resposta para estas questões é necessário levar em consideração a diversidade das condições históricas dentro das quais ocorreu a profissionalização da medicina nas diferentes sociedades, em particular as diferentes formas de intervenção do Estado. São estas diferenças as que explicam, por exemplo, o poder da American Medical Association e a fragilidade associativa da medicina francesa. Além disso, uma perspectiva histórico-comparativa permite destacar a variação das formas estruturais concretas de que se revestiu a ocupação

médica no seu processo de profissionalização em diferentes sociedades, mas também enfatizar a comunalidade das funções que estas estruturas desempenharam.

As seções seguintes deste capítulo procuram esboçar de maneira sucinta as trajetórias da medicina no séc. XIX em três países: Inglaterra, Estados Unidos e França. Um propósito especial será o de avaliar a influência do saber médico no processo de profissionalização, proporcionando uma revisão da versão exemplar da história da medicina.

#### Inglaterra: uma profissão de cavalheiros

O Medical Act de 1858 é geralmente considerado como o marco da unificação da medicina moderna na Inglaterra<sup>2</sup> Curiosamente, ele não extinguiu a organização tripartide das ordens médicas tradicionais: a dos físicos, a dos cirurgiões e a dos apotecários.

Os físicos estavam organizados desde 1518 no Royal College of Physicians. Egressos das universidades de Cambridge e de Oxford, onde adquiriam uma educação clássica, abrangente e dispendiosa, cultores das maneiras e do estilo de vida de sua clientela aristocrática, os físicos constituíam uma diminuta elite de *gentlemen*. Nesta condição os físicos eximiam-se de qualquer atividade que não fosse a da mente, pois a física era uma *profissão erudita* e seu exercício consistia exclusivamente em dar consultas e em prescrever tratamentos.

Desdenhados pelos físicos pela prática de um ofício manual, os cirurgiões haviam se separado da Companhia dos barbeiros desde 1745, e em 1800 organizaram-se no Royal College of Surgeons. Não apenas a cirurgia, mas também sangrias, purgas e a aplicação de linimentos, loções e emplastros (aplicações externas) fazia parte do trabalho dos cirurgiões.

<sup>2</sup> Utilizei livremente as seguintes fontes sobre o desenvolvimento da medicina na Inglaterra: Berlant, J. L., *Profession and Monopoly: A Study of Medicine in the United States and Great Britain*. Berkeley, The University of California Press, 1975; Jewson, N. D., "Medical knowledge and the patronage system in 18th century England". *Sociology*, 8, 3, Sept. 1974, 369-385; Sadler, J. "Ideologies of 'art' and 'science' in medicine: the transition from medical care to the application of technique in the British medical profession". In: Wolfgang Kronh, Edwin T. L. Jr. e Peter W. (eds.). *The Dynamics of Science and Technology*. Dordrecht, D. Reidel Publisching Co., 1878, 177-215; Underhill, P. "Alternative views of science in intra-professional conflict: general practitioners and the medical and surgical elite, 1815-58". *The Journal of Historical Sociology*, 5, 3, Sept. 1992, 322-350; Holloway, S. W. F., "Medical Education in England, 1830-1858". *History*, 49, 1964, 299-324.

Durante todo o séc. XIX a elite dos cirurgiões reivindicou sem sucesso paridade com os físicos-cavalheiros, adotando inclusive o mesmo culto pelas maneiras e estilo de vida aristocráticos como recurso para ganhar prestígio social.

Os apotecários carregavam o estigma do *comércio*, pois sua atividade era originalmente a fabricação e a comercialização de medicamentos: em 1703 haviam adquirido o direito legal de dar consultas e de receitar em certas circunstâncias especiais, mas não podiam cobrar pelas primeiras (até 1811) e suas prescrições estavam sujeitas ao controle dos físicos. Os apotecários estavam organizados na Society of Apothecaries, criada em 1617.

Até a promulgação do Medical Act as três ordens médicas estavam organizadas numa hierarquia, com os físicos no topo e os apotecários na base. A lei garantia-lhes o monopólio das respectivas práticas: os cirurgiões não podiam dar consultas, prescrever ou fabricar medicamentos, e os apotecários não podiam fazer cirurgias (obviamente, estava abaixo da dignidade dos físicos fazer o trabalho dos apotecários ou dos cirurgiões). Competia exclusivamente aos Royal Colleges e à associação apotecária prover o apprenticeship, aplicar exames de qualificação e expedir licenças para o exercício das respectivas especialidades. Na prática, e particularmente nas províncias, desde meados do séc. XVIII a diferenciação de competências vinha se atenuando: poucos físicos conseguiam manter-se apenas com consultas, e um número crescente de cirurgiões obtinha a licença da Society of Apothecaries. Interessada em monopolizar apenas a clientela aristocrática, a elite do RCP deixara há muito de processar os que praticavam ilegalmente a física fora de Londres.3 Começou a surgir uma ampla camada de general practitioners, os quais se tornariam no séc. XIX os médicos da nascente burguesia industrial e dos emergentes setores médios. Fervorosos adeptos das novidades científicas que chegavam do continente, principalmente da França, constituíam o principal foco de insatisfação com a estrutura hierarquizada das ordens e o segmento mais interessado numa regulação profissional restritiva capaz de banir legalmente de um mercado estreito e crescentemente competitivo os vários tipos de práticos e charlatães aos quais recorria com freqüência a população mais pobre4. Para encaminhar suas

<sup>3</sup> Uma excelente exposição sobre a extinção gradativa das fronteiras entre as três ordens encontra-se em Holloway, *op. cit*.

<sup>4</sup> Observe-se, todavia, que a competência para curar dos físicos, cirurgiões e apotecários era exatamente igual à dos "práticos" e charlatães. Vale dizer, nula.

reivindicações criaram em 1832 a Provincial Medical and Surgical Association, que em 1856 se tornaria a British Medical Association.

A medicina inglesa do séc. XIX nunca esteve no mesmo nível de suas principais congêneres no continente, faltando-lhe um sistema de ensino comparável ao da França, ou de pesquisa científica comparável ao da Alemanha. Numa sociedade aristocrática como a Inglaterra, o prestígio da educação obtida no sistema Oxbridge residia exatamente no pouco apreço pelos ramos utilitários do saber, inclusive pelo ensino profissional e pelas ciências experimentais. Do final do séc. XVIII ao primeiro quartel do seguinte, a educação formal dos físicos ingleses pouco mudou, consistindo basicamente na leitura dos autores clássicos. A instituição do apprenticeship respondia pelo treinamento prático, e era a única base da formação dos apotecários e cirurgiões, a despeito das várias escolas médicas provinciais que foram criadas para preparar candidatos aos exames do Royal College of Surgeons e aos da Society of Apothecaries.

O conhecimento médico era então formado de uma grande diversidade de doutrinas especulativas sobre a natureza das patologias, embora prevalecesse uma arbitrária adaptação da teoria dos humores, herdada de Hipócrates e de Galeno, a alguns princípios mal assimilados da física newtoniana. Os estados patológicos eram concebidos como disfuncionalidades sistêmicas, cuja causa deveria ser buscada no desequilíbrio entre certos elementos constitutivos da organização orgânica (os humores, na doutrina hipocrática), e sendo cada organismo uma entidade singular cabia ao físico descobrir o elemento único em desequilíbrio na constituição orgânica de cada paciente. Dados os obstáculos ao acesso ao corpo do paciente (não apenas por inexistência de instrumentos clínicos, mas também pelas interdições morais impostas pelas classes mais altas), os sintomas descritos por aquele eram metodicamente classificados como se fossem categorizações das próprias doenças, gerando sistemas nosológicos completamente arbitrários.

Note-se também que o prestígio social dos físicos, seu lugar na hierarquia médica e a manutenção dos privilégios de status dependia em

<sup>5</sup> Sobre o estado do conhecimento médico na Inglaterra do séc. XVIII, ver Jewson, *op. cit*; no séc. XIX, ver Holloway, *op. cit*. Jewson formula a interessante hipótese de que a autoridade do paciente aristocrático sobre o físico, que lhe era socialmente inferior, foi um dos obstáculos ao desenvolvimento do conhecimento médico. Excelente sob outros aspectos, o texto de Holloway exagera nas transformações pelas quais teria passado a educação médica na Inglaterra a partir de 1830. De fato, a medicina inglesa permaneceu muito conservadora até o final do século.

grande parte do seu sucesso em impedir que o conhecimento de base experimental, que ao longo do séc. XIX fazia avançar no continente as ciências biomédicas, penetrasse na clínica. Mesmo quando incorporavam inovações ao seu repertório prático, os físicos enfatizavam a primazia da arte clínica sobre os aportes científicos, a precedência do componente de indeterminação sobre o elemento técnico nos procedimentos terapêuticos. Os fenômenos clínicos seriam quase indefiníveis, susceptíveis de serem apreendidos apenas por uma cultivada mens medica (a dos físicos, obviamente) operando zelosamente ao lado da cama do paciente.<sup>6</sup> Já no último quartel do séc. XIX insistiam eles na insuficiente compreensão dos fenômenos clínicos por parte de disciplinas como a fisiologia experimental, a física e a química e alertavam contra as terapias fundadas em inferências científicas. Tais concepções destacavam a dimensão carismática residente no papel do médico, e nas primeiras décadas do nosso século ainda seriam amplamente utilizadas para resistir ao processo de especialização do saber médico, considerado como degradação da arte clínica.<sup>7</sup>

Até pela natureza de sua atividade, os cirurgiões tinham uma concepção menos estreita sobre a importância das ciências experimentais.8 Ademais, por razões de prestígio social mais do que por interesse científico, aplicavam-se em demonstrar como as funções fisiológicas eram derivadas das estruturas anatômicas — sendo a anatomia a ciência, por excelência, dos cirurgiões — e como ambas, a fisiologia e a anatomia, eram relevantes para a patologia e para a terapêutica — isto é, para a arte dos físicos aos quais desejavam igualar-se socialmente. A posição dos general practitioners era, por seu turno, inteiramente diversa: dando consultas, fazendo pequenas cirurgias, fabricando e prescrevendo medicamentos eles recorriam ao conjunto do conhecimento médico, cirúrgico, farmacológico e obstétrico disponível e abriam-se às novidades científicas da época como, por exemplo, à frenologia na primeira metade do séc. XIX. Utilizando a revista The Lancet como porta-voz de suas aspirações reformistas não apenas denunciavam o preparo científico deficiente das elites da física e da cirurgia, mas opunham-se aos privilégios corporativos

<sup>6</sup> Havia resistência não apenas ao conhecimento de base experimental, mas também à tecnologia de diagnóstico: ao uso do termômetro, do estetoscópio, do esfigmômetro e, mais tarde, ao raio-X. Ver Lawrence, C. "Incommunicable knowledge: science, technology and the clinical art in Britain, 1850-1914". *Journal of Contemporary History*, 20, 1985, 503-520.

<sup>7</sup> Neste ponto sigo Sadler, op. cit.

<sup>8</sup> Sobre as divergências e disputas doutrinárias entre físicos, cirurgiões e apotecários ver Underhill, op. cit.

propondo a unificação dos exames de licenciamento, os quais deveriam obedecer a critérios mais rigorosos e meritocráticos.

Entre o conservantismo das elites dos Royal Colleges, aferradas aos seus privilégios, e o reformismo dos general practitioners, o Medical Act foi a solução de compromisso adotada pelo Estado, inclusive para satisfazer as correntes liberais que, de Adam Smith a Herbert Spencer, defendiam a total liberdade no exercício das atividades curativas.9 A lei efetivamente consagrou o princípio da liberdade de curar. Além disso, estabeleceu a igualdade de direitos entre as três ordens médicas, eliminando os privilégios dos físicos, mas conservou o sistema diferenciado de licenciamento pelos Royal Colleges e pela associação dos apotecários. Instituiu também um Medical Register do qual deveria constar o nome de todos os licenciados com suas respectivas qualificações. A administração do registro e o exame das licenças era incumbência de um General Medical Council composto de nove representantes das corporações médicas, oito das universidades, e de seis membros nomeados pela Coroa: a essa agência do Estado cabia fiscalizar a autenticidade das licenças, evitando as fraudes, verificar que as corporações observassem certos padrões mínimos de qualificação no licenciamento, remover sob certas circunstâncias (conduta não-profissional) do Medical Register profissionais licenciados. A premissa era a de que a publicação do Medical Registar e sua administração por uma agência do governo eram a melhor garantia dos interesses da população, dispensando o Estado de intervir no mercado de serviços médicos através de regulação restritiva da liberdade de curar.

A organização da medicina inglesa mudou pouco com a entrada do séc. XX. <sup>10</sup> Após o Medical Act físicos e cirurgiões estabeleceram um sistema comum de exames, tornando o da Society of Apothecaries algo redundante e reduzindo amplamente a importância desta associação. Por outro lado, o surgimento de especializações combinando a clínica geral e a cirurgia (por exemplo, oftalmologia) terminou por dissolver a antiga distinção entre físicos e cirurgiões: simultaneamente, o mercado incumbiu-se de fazer emergir e fixar a distinção atual entre *consultants* e *general practitioners*. Os Royal Colleges, entretanto, permaneceram como asso-

<sup>9</sup> Sobre este ponto e sobre os efeitos do Medical Act no monopólio profissional, ver Berlant, op. cit.

<sup>10</sup> Após uma ligeira reforma em 1880, o Medical Act só voltou a ser revisto em 1972 e reformulado em 1978.

ciações profissionais distintas e lugar da elite médica, principalmente através dos novos exames instituídos para concessão do *membership* (RCP) e do *fellowship* (RCS),<sup>11</sup> e do virtual monopólio sobre os postos de especialistas (*consultants*) na rede hospitalar, sobretudo a partir da criação do National Health Service.<sup>12</sup>

#### Estados Unidos: o direito ao charlatanismo

A organização da medicina inglesa refletia a natureza hierarquizada da sociedade, razão pela qual não encontrou condições para se reproduzir na colônia norte-americana. Tanto é assim que os apotecários e cirurgiões que aí aportaram (na falta de uma clientela aristocrática, a colônia não interessava aos físicos), e que constituíam nos séc. XVII e XVIII os elementos com algum treinamento nas atividades curativas, compartilhavam o título genérico de doutor com cléricos, parteiras, ajustadores de ossos (bonesetters, os ortopedistas da época) e outros tipos de práticos, perdendo o sentido as designações originais e as distinções de status que as acompanhava. Foi ao serviço destes apotecários e cirurgiões que alguns colonos empregaram-se como aprendizes: alguns deles iriam mais tarde para as universidades européias em busca de educação médica, de onde retornavam com a aspiração de estabelecer as bases da profissão no país.

<sup>11</sup> Estes exames, de natureza "pós-graduada", superpunham-se àqueles destinados à concessão da licença para registro no Medical Register. Apenas os que obtinham o *membership* ou o *fellowship* podiam ser eleitos para os cargos de direção do RCP e do RCS, respectivamente. Na prática, pois, estes exames definiam o pertencimento à elite médica. Ver Sadler, *op. cit.*, 192-3.

<sup>12</sup> Entre outras vantagens deste monopólio, o National Health Service, instituído em 1946, provê quotas de "leitos privados" em hospitais públicos. Isto é: os médicos especialistas (hospital-based consultants) podem trazem seus clientes particulares para os hospitais, cobrar honorários destes pacientes e utilizar toda a infraestrutura hospitalar financiada pelo governo, sejam equipamentos (laboratórios, salas de cirurgia etc.) ou serviços (enfermagem etc.). O mais comum é que estes médicos sejam fellows do RCP ou do RCS; isto é, terão passado nos exames especiais que verificam a competência em áreas importantes para a clínica privada e garantem o acesso à elite. Estes exames penalizam todos os especialistas técnicos (radiologistas, anestesistas, patologistas), mas também os sanitaristas e os general practitioners. Ver Sadler, op. cit.

Utilizei livremente as seguintes fontes sobre o desenvolvimento da medicina nos Estados Unidos: Starr, P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York, Basic Books, 1982. Berlant, J. L. *Profession and Monopoly: A Study of Medicine in the United States and Great Britain*. Berkeley, University of California Press, 1975.

Em geral, isto significava criar associações, escolas e, sobretudo, obter do estado legislação que excluísse do mercado os *irregulares*. <sup>14</sup>

Um historiador da medicina americana observava que três eram os direitos fundamentais consagradas no ideário popular: à vida, à liberdade e ao charlatanismo. Mais do que em outros países, a história da medicina nos Estados Unidos é a de uma incansável luta dos médicos regulares (egressos das inúmeras escolas que proliferaram após a Guerra da Independência) para excluir do mercado tanto os práticos quanto os inúmeros adeptos das diversas seitas curativas que surgiram durante o séc. XIX: homeopatas, ecléticos, osteopatas, quiropodistas, cientistas cristãos, hidroterapeutas etc. Muitos destes, por terem também uma formação profissional regular (caso dos homeopatas) eram tidos como heréticos, e o relacionamento profissional com eles veio a ser considerado um desvio ético. Todavia, a cultura democrática, o sentimento igualitário do homem do povo e as instituições políticas iriam dificultar enormemente a tarefa de depurar a profissão e de unificá-la. A massa da população, justamente cética sobre as vantagens relativa da medicina regular e pouco inclinada a admitir privilégios corporativos, via com suspeitas as campanhas contra a liberdade de curar e alguns estados resistiam em promulgar leis de licenciamento, até por reconhecerem que em termos de resultados práticos tanto fazia recorrer aos regulares ou aos empíricos: nenhuma das medicinas em disputa tinha qualquer eficácia terapêutica. Por sua vez, as seitas curativas apoiavam-se nesta cultura democrática para acusar os médicos regulares de propósitos monopolísticos, quando não voltavam contra eles o seu próprio argumento para acusá-los de sectarismo.

Na arquitetura política descentralizada do país, a adjudicação da disputa poderia caber aos estados, mas estes mantinham uma posição muito diferenciada. Em vários deles as leis de licenciamento não produziam efeitos, pois muitas vezes não estipulavam sanções mais rigorosas: em alguns estados (New York, Connecticut, Massachusetts), a única restrição a que a legislação submetia os *empíricos* era a de não poderem cobrar pelo serviço ou processar credores por serviços prestados: em outros, determinadas seitas (herbalista em New York, botânicos na Georgia), encontravam proteção na lei: por seu turno os tribunais, inclinando-se às convicções predominantes, não raro absolviam os que eventualmente eram denunciados por prática ilegal. Finalmente, na maioria dos

<sup>14</sup> A primeira escola médica foi criada em 1765 no College of Philadelphia (hoje University of Pennsylvania); a primeira associação médica (provincial), em 1766 em New Jersey; a primeira lei de licenciamento (com exigência de exames), em 1760 na cidade de New York.

estados a posse de um diploma emitido por qualquer das inúmeras escolas médicas (muitas delas organizadas pelos próprios *regulares* como negócio lucrativo) equivalia a licenciamento legal para a prática da profissão. Seja como for, os estados que haviam promulgado leis de licenciamento começaram a revogá-las por volta de 1831, quando mais fortes se tornaram as suspeitas de tendências monopolistas por parte da medicina *regular*. <sup>15</sup>

A partir de 1870 observa-se um movimento inverso: retornam as leis de licenciamento, progressivamente mais restritivas, no bojo de um surto regulatório estimulado por interesses locais (estaduais) e que prenunciava um desconforto crescente com o laissez faire. Já então havia sido criada, em 1846, a American Medical Association. 16 Por detrás de sua criação estava o propósito de controlar a desordenada proliferação de escolas médicas, quase todas elas com ligações tênues — quando não inexistentes — com as universidades, e ministrando um ensino muito precário, quando não simplesmente rudimentar. Temiam as sociedades médicas estaduais e locais os efeitos de uma oferta excessiva de profissionais, entre eles o acirramento da competição no mercado através de uma guerra de preços (com o aviltamento dos honorários, já em si bem modestos), propaganda de serviços, difamação de colegas e outros recursos que ameaçavam os esforços de unificar a profissão. O código de ética promulgado pela AMA em 1847<sup>17</sup> reflete bastante estas preocupações ao ocupar-se detalhadamente dos procedimentos para fixação do valor dos honorários, e ao sugerir critérios de definição do profissional ético: uma educação médica regular, licença expedida por uma banca de exames com respeitabilidade reconhecida pela AMA, não-adesão a dogmas exclusivos. Este último critério visava sobretudo os homeopatas e

<sup>15</sup> Não há acordo entre os estudiosos sobre os determinantes da vaga antimonopolista. Aparentemente, Starr adota o ponto de vista mais convencional segundo o qual as leis de licenciamento, privilegiando a posse do diploma, ofendiam a ideologia antiintelectualista dos democratas jacksonianos e reforçavam o seu repúdio a toda espécie de privilégios. Berlant, entretanto, rejeita este argumento em favor de uma explicação mais multifacetada. Ver Starr, op. cit., p. 56-57; Berlant, op. cit., p. 216-221.

<sup>16</sup> É importante sublinhar que a autoridade da AMA foi constantemente contestada nas primeiras décadas de sua existência, e sua ascensão foi bastante lenta. Basta observar que em 1900 ela contava com apenas 8.000 associados: em 1910 este número subira para 70.000, e em 1920 ela congregava 60% de todos os médicos do país. Segundo Starr, apenas a partir desta última data pode-se falar de "medicina organizada" nos Estados Unidos.

<sup>17</sup> Uma excelente comparação dos sucessivos códigos de ética promulgados pela AMA encontra-se em Berlant, op. cit., p. 97-127. A argumentação deste autor é de que tais códigos serviram de vários modos aos propósitos monopolísticos da medicina.

ecléticos, principais concorrentes da medicina regular. O código proibia ao médico ético atender a quaisquer consultas que lhe fossem solicitadas por sectários, ainda quando elas se referissem ao tratamento de pacientes em estado crítico. A homeopatas e ecléticos a AMA declarou uma implacável guerra, e a trégua só ocorreu por considerações estratégicas relacionadas ao interesse no retorno da legislação de licenciamento.

Todavia, quanto mais a medicina regular combatia-os, mais os homeopatas e ecléticos ganhavam a simpatia popular pela natureza menos radical de seus procedimentos terapêuticos (em contraste com as sangrias e purgas dos médicos regulares), e menos inclinados mostravam-se os legisladores em restringir-lhes a prática. Ademais, algumas sociedades médicas e muitos profissionais regulares adotaram posição muito crítica quanto a política agressiva da AMA com relação aos sectários. 18 O que levou-a, entretanto, a uma postura conciliatória foi a convicção de que sem uma acomodação temporária e estratégica fracassariam os esforços para obter dos estados uma legislação de licenciamento mais restritiva. Neste particular, os cuidados da AMA estavam voltados para as state boards of examination, uma novidade introduzida pelo estado do Texas em 1870, mas cujo modelo surgiu em 1877 quando o estado de Illinois autorizou uma comissão de médicos a rejeitar como equivalentes do licenciamento legal os diplomas emitidos por escolas de reputação duvidosa, e a submeter a exames os seus portadores. Os critérios aplicados pelas bancas de exame tornavam-se mais e mais rigorosos, e visto que em vários estados tanto homeopatas como ecléticos tinham suas próprias instituições de ensino, a prática mais frequente foi a de compor estas bancas com profissionais das três modalidades médicas. Entretanto, e até por terem uma formação acadêmica, homeopatas e ecléticos foram paulatinamente absorvidos pela medicina regular e a profissão, finalmente, unificou-se.

Quanto ao aperfeiçoamento do ensino médico — uma das razões para a criação da AMA e uma de suas metas permanentes —, ele foi deflagrado por educadores de mentalidade reformista, inicialmente em Harvard e em seguida na Johns Hopkins University. A Medical School da Johns Hopkins, criada em 1893, foi provavelmente a primeira experiência bem-sucedida, no país, de combinação das ciências básicas com a medicina hospitalar, ou do treinamento clínico com a pesquisa científica. Como observou

Uma das razões mais importantes da crítica à AMA tinha caráter bastante prático, pois pelo código de ética os médicos não poderiam receber pacientes encaminhados por sectários, perdendo assim uma importante fonte de rendimentos. Ver Berlant, *op. cit*.

Starr, 19 este casamento resgatou a medicina norte-americana do que poderia ter sido uma orientação predominantemente empírica. A partir da experiência da Johns Hopkins, a educação médica no país iria passar para as mãos dos cientistas e pesquisadores, e prevaleceriam na educação dos médicos os critérios e valores dos especialistas acadêmicos. O trabalho da AMA consistiu em pressionar as inúmeras escolas de medicina a adotarem padrões definidos de excelência (copiados da Johns Hopkins), com o resultado esperado (e desejado) de que muitas delas simplesmente fecharam suas portas. A vitória final ocorreu na primeira década deste século, à medida que o Council on Medical Education da AMA (mais tarde, Council on Medical Education and Hospitals) tornava-se uma agência autorizada de avaliação e credenciamento das instituições de ensino médico, levando as bancas estaduais de exame, compostas em sua maioria por associados da AMA, a rejeitarem candidatos egressos de escolas não credenciadas. Também os hospitais viram-se constrangidos a acomodar os padrões mínimos para o Internato definidos pela AMA.

A despeito de sua bem-sucedida trajetória institucional, a medicina norte-americana chegou ao nosso século num estágio ainda pré-paradigmático. A exemplo de outros países, a cirurgia fizera grandes progressos graças à introdução de novas técnicas, mas a medicina interna avançara pouco.<sup>20</sup> E tal como a inglesa, a medicina americana não obteve o monopólio *de jure* na prestação de serviços médicos. Alguns poucos estados deram proteção legal aos novos sectários (osteopatas, *cientistas cristãos*, quiropodistas etc.), mas eles já haviam deixado de constituir uma ameaça para a medicina *regular*.<sup>21</sup>

## França: profissionalização de cima para baixo

Ao contrário do que ocorreu na Inglaterra, os médicos franceses do séc. XIX não tinham qualquer parentesco com os físicos, cirurgiões e

<sup>19</sup> Op. cit., p. 123. Uma das mais importantes inovações na John Hopkins consistiu em colocar os professores de clínica em regime de dedicação exclusiva, como já ocorria nas ciências básicas, permitindo que se dedicassem à pesquisa ao invés de dividirem seu tempo com a clínica privada, como era a norma na época.

<sup>20</sup> A cirurgia, muito antes da medicina interna, aproveitou-se das descobertas de Pasteur aperfeiçoando as técnicas de assepsia nos procedimentos cirúrgicos.

<sup>21</sup> Já por volta de 1920 seu número estava estimado em 36 mil, contra 150 mil médicos regulares. Números citados por Starr, op. cit., p. 126.

barbeiros-cirurgiões do século anterior.<sup>22</sup> Na França, a revolução de 1789 destruiu toda a organização existente no *ancien regime*, dissolvendo as corporações médicas, a Société Royal de Médicine e outras sociedades científicas, as faculdades (a criação de três escolas de medicina em 1795 — em Paris, Montpellier e Strasbourg — veio atender às demandas militares por médicos qualificados), expulsando dos hospitais as ordens religiosas que os administrava e parcialmente os mantinha com legados e donativos. Foi proclamada a irrestrita liberdade no exercício das atividades curativas (mediante o pagamento de uma taxa), e a *anarquia médica* durou até a edição da lei de Vêntose, em 1803.<sup>23</sup>

Esta lei reorganizou a medicina criando duas categorias de profissionais: a dos *médecins*, egressos das três faculdades estatais e portadores do doutorado, e a dos *officiers de santé*, cujo título podia ser obtido através de treinamento prático (de cinco a seis anos) e aprovação em exames aplicados por uma junta médica, ou por meio de um curso especial de três anos ministrado por faculdade ou *école*. Foi abolida a antiga distinção entre físicos e cirurgiões (a cirurgia tornou-se um ramo especializado da medicina), e a criação do *officiat* veio suprir a carência de serviços de saúde nas áreas rurais. Os *officiers de santé* podiam praticar somente no *département* em que fossem examinados, e estavam autorizados a fazer certos tipos de cirurgia apenas sob a supervisão de um médico. A licença para o exercício profissional era concedida individualmente pelo Estado, sem intermediação de associações cuja criação, aliás, a legislação restringia. Divididos e mal organizados, por quase um século os *médecins* reivindicaram a extinção do *officiat de santé*: aspiração aten-

<sup>22</sup> Usei livremente as seguintes fontes sobre a medicina na França: Jamous, H. e B. Peloille, "Changes in the French university-hospital system". Em J. A. Jackson (ed.) *Professions and Professionalization*. Cambridge, Cambridge University Press, 1970, 111-152; Waddington, I. "The role of the hospital in the development of modern medicine: a sociological analysis". *Sociology*, 7, 2, May 1973, 211-224; Steudler, François, "Hôpital, profession médicale et politique hospitalière". *Revue Française de Sociologie*, XIV, numéro spécial, 1973, 13-40; Sussman, George D. "The glut of doctors in mid-nineteenth-century France". *Comparative Studies in Society and History*, 19, 3, July 1977, 287-304. Gelfand, Toby, "A 'monarchical profession' in the Old Regime: surgeons, ordinary practitioners, and medical professionalization in eighteenth-century France". Em Gerald L. Geison (ed.), *Professions and the French State*, 1700-1900. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1984, 149-180.

A expressão é de Matthew Ramsey, "The Politics of Professional Monopoly in Nineteenth-Century Medicine: The French Model and Its Rivals". Em Gerald L. Geison (ed.), *Professions and the French State*, 1700-1900. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1984, 225-305.

dida em 1892, quando também foram legalizados os sindicatos médicos, com autoridade para processar praticantes não-licenciados. Ficava desde então estabelecido o monopólio médico.

Ao contrário da bedside medicine que prevalecia na Inglaterra, a medicina francesa desenvolveu-se com base numa estrutura hospitalar. Sabe-se hoje da importância dos hospitais parisienses do séc. XIX para o avanço do saber médico. Controlada pelo Estado e administrada centralizadamente, a rede de hospitais se expandiu e o tamanho dos estabelecimentos cresceu obedecendo, ao que tudo indica, a um plano para estender aos indigentes e aos pobres a assistência médica. A quantidade de pacientes24 e a diversidade das patologias oferecia aos médicos franceses um campo inesgotável de estudos e registros estatísticos. A mera observação dos sintomas (na verdade, análise verbal das sensações e sentimentos subjetivos descritos pelos pacientes), foi substituída pelo exame físico, e a incorporação dos cirurgiões ao corpo médico e as facilidades para necropsias permitiram um desenvolvimento sem precedentes da anatomia patológica.<sup>25</sup> A associação de sintomas externos com a observação de lesões internas possibilitou a identificação das doenças como entidades objetivas. Entretanto, pouco se avançou no campo das terapias. Paradoxalmente, os progressos do sabèr médico geraram na França, difundindo-se para outros países, uma espécie de niilismo terapêutico, uma profunda descrença nas possibilidades da medicina clínica.

Um aspecto ao qual não se tem dado a devida ênfase refere-se ao quanto os avanços do saber médico produzidos pela medicina francesa deveram-se à radical mudança produzida pelos hospitais parisienses na relação médico-paciente. Na clínica privada, predominantemente exercida no domicílio do paciente e reservada aos mais abastados, o médico, via de regra, submetia-se às conveniências do cliente que lhe era socialmente superior, inclusive à sua versão moral de privacidade que impedia ou dificultava o acesso ao corpo para o exame físico. De certa forma, o cliente ditava as normas dos procedimentos médicos e o curso do trata-

Em 1807, o número de hospitalizados seria de 37.473; em 1817, 41.000; em 1827, 53.000 e 83.643 em 1843. Para se ter uma idéia da magnitude destes números: em 1851 havia 7.619 hospitalizados na Inglaterra. Estas estatísticas estão em Waddington, op. cit.

Quando o governo, por volta de 1840, tentou colocar limites à facilidade com que se dispunha para necrópsias dos corpos dos pacientes que faleciam, os médicos forçaram o recuo das autoridades. Muitos médicos ingleses deslocavam-se para Paris atraídos por tal liberalidade. Ver Waddington, *op. cit*.

mento. Todavia, nos hospitais parisienses, abrigo de uma multidão de pobres e indigentes, o paciente como caso singular desapareceu entre os números dos levantamentos estatísticos ou entre as categorias do sistema nosológico, ao mesmo tempo em que era envolvido numa nova relação de poder dentro da qual seu corpo tornou-se objeto da autoridade incontrastável do médico. O pressuposto de que o código moral dos pobres e indigentes não comportava a pudicícia dos abastados, e o de que no âmbito dos hospitais públicos não prevalecia a ética privada da inviolabilidade do corpo, ambos os pressupostos abriam possibilidades ilimitadas à observação médica e aos procedimentos cirúrgicos os mais bárbaros (a anestesia é uma aquisição do último quartel do século). Encontra-se nesta moldura o sentido da tese de Jewson para quem o *indivíduo doente* desaparece da cosmologia médica da *hospital medicine* do séc. XIX para dar lugar à própria doença, num contraste marcante com a *bedside medicine* do século anterior<sup>26</sup>.

Usualmente, os médicos dedicavam parte da manhã ao atendimento nos hospitais onde gozavam de considerável autonomia, e mantinham-se independentes perante a administração. A prática privada permaneceu como a fonte principal de rendimentos. Todavia, as estruturas hospitalares haviam adquirido um grande prestígio, e ocupar um espaço dentro desta estrutura — simultaneamente de atendimento à saúde, de pesquisa e de ensino — representava uma significativa contribuição à carreira e à reputação individual.

No modelo francês de medicina hospitalar, a autoridade dos clínicos estendeu-se às instituições de ensino. Claude Bernard foi reprovado no exame de aggrégation que dava acesso à docência na Faculté de Médicine de Paris, pois as provas eram elaboradas sob medida para os médicos que praticavam nos hospitais, não para os que dedicavam-se à pesquisa biomédica que, sintomaticamente, desenvolvia-se em laboratórios independentes ou em instituições não-universitárias. As contribuições da pesquisa nas ciências básicas — as de Claude Bernard no campo da fisiologia experimental, ou as de Pasteur em bacteriologia — eram recebidas com cautela entre os que associavam a produção do saber médico à exploração do fundo inexaurível de material aquiescente de pesquisa fornecido pelos

<sup>26</sup> Jewson, N. D., "The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870". Sociology, 10, 2. May 1976, 225-244. Já Figlio observa que a relação médico-paciente evoluiu para uma "degradação da noção de um self que se estende num volume corpóreo singular e inviolável. Figlio, K. "The historiography of scientific medicine: an invitation to the human sciences". Comparative Studies in Society and History, 19, 3, July 1977, p. 262-286.

hospitais.<sup>27</sup> Não se tratava tanto de resistência à pesquisa básica, mas de atribuir-lhe um *status* subordinado de forma a não permitir que ameaçasse o domínio do método clínico na estrutura dominante da medicina hospitalar.<sup>28</sup>

Esta divisão entre clínica, por um lado, e ciências básicas, por outro, permaneceu como uma característica peculiar da medicina francesa até o advento da chamada Reforma Debret, de 30 de dezembro de 1958. A Reforma fez pela medicina francesa o que, há mais de meio século, haviam feito pela medicina americana os reformadores de Harvard e de Johns Hopkins. Através dela as ciências básicas irromperam na estrutura hospitalar, o regime de tempo integral foi introduzido no corpo clínico dos hospitais, e a criação de centros hospitalares-universitários (combinando a pesquisa básica, a pesquisa clínica, o ensino e o atendimento médico) consolidou um novo modelo no qual as estruturas acadêmicas vieram a dominar sobre as estruturas hospitalares.

## Urbanização, mercado e profissionalismo

As três seções anteriores narram em linhas gerais a evolução da medicina em três sociedades. São três histórias diferentes, sem pontos de contato, sem linhas de convergência a não ser pelo fato de que a medicina chega ao fim do séc. XIX com uma idêntica estrutura formal nos Estados Unidos, Inglaterra e França. Esta estrutura é formada por combinações diferentes dos mesmos elementos: associações profissionais, códigos de ética, sistemas formais de treinamento, mecanismos e instituições de credenciamento e licenciamento, base cognitiva. Entretanto, cada um desses componentes estruturais têm um desenvolvimento inteiramente diverso em cada uma daquelas sociedades, e sua contribuição para a constituição da medicina em cada uma delas é também diferente. O papel desempenhado pela American Medical Association na formação da medicina americana e sua posição na estrutura formal da profissão são bastante distintos do papel e da posição da British Medical Association na medicina inglesa. Da mesma forma, Oxford e a Faculté de Médicine de Paris ensinavam,

<sup>27</sup> A expressão é de Jewson, "The disappearance of the sick-man...", p. 235.

<sup>28</sup> Sobre esta disputa, a referência clássica é Jamous e Peloille, op. cit.

ambas, medicina em, digamos, 1810, mas *medicina* não era então a mesma coisa numa e noutra escola e nem o treinamento profissional tinha o mesmo significado social.

Vê-se, assim, que as três histórias narradas anteriormente apresentam uma grande variedade histórica sem qualquer significado mais abrangente que as una numa mesma estrutura narrativa. Para dar ao conjunto uma certa unidade é necessário reconstruir a narrativa sobre uma mesma base comum de processos e efeitos estruturais mais gerais. Trata-se, em última análise, de fornecer o pano de fundo das grandes transformações socioeconômicas que subvertem as sociedades ocidentais no séc. XIX. Melhor fazê-lo apresentando em rápidos *flashbacks* os cenários médicos ainda inalterados.

Em 1801 os Estados Unidos são ainda uma sociedade agrária com pouco mais de 5 milhões de habitantes dispersos por um grande território. Apenas 6% dos americanos viviam então em aglomerações urbanas de mais de 2.500 habitantes, e não havia uma única cidade com mais de 100 mil habitantes. Excetuadas algumas pequenas ilhas de relativa prosperidade no litoral nordeste, o padrão de vida da população era em geral baixo. Isolados nas comunidades rurais ou nos pequenos aglomerados urbanos do interior, ilhados pelas distâncias e pela falta de transporte, a grande maioria dos médicos regulares — licenciados por associações locais ou estaduais, ou diplomados em improvisadas escolas médicas rurais — dispunha de uma clientela escassa e bastante pobre para não poder remunerá-los adequadamente por seus serviços. Para agravar a situação, havia a crença popular de que os males físicos tratavam-se com bom senso e com os cuidados dispensados pelo núcleo familiar, tornando supérflua a complicada ciência dos doutores. Na necessidade de auxílio mais especializado, e considerando também os custos de acesso ao médico mais próximo, que estaria a milhas de distância, a população recorria às parteiras do povoado, ao pároco local ou aos ajustadores de ossos, aos abortadores e a tantos outros práticos itinerantes aos quais remunerava pouco e em espécie. Nestas condições, a medicina não podia ser exercida como ocupação regular e para sobreviver os médicos dependiam de outras atividades, geralmente do pequeno comércio e da agricultura. Existia nos núcleos urbanos maiores uma clientela mais afluente, mas também rarefeita e já monopolizada por uma pequena elite de médicos nascida na classe proprietária, em parte educada nas universidades européias, e que não dependia da prática da medicina para sua sobrevivência.

A Inglaterra de meados do séc. XVIII é uma sociedade fortemente

estratificada. A despeito da crescente importância da burguesia comercial e financeira, a hegemonia social é ainda a da aristocracia. Origem social e patronage são os critérios de acesso às posições de prestígio, bloqueando a ascensão da classe média ao estrato superior das carreiras profissionais na medicina, no direito e no clero. Legalmente, a única profissão médica é a física, e o acesso ao título profissional e ao estreito mercado constituído pela clientela aristocrática é rigorosamente controlado pela exigência de uma educação clássica e dispendiosa em Cambridge ou Oxford, ou pelos exames do Royal College of Physicians. Este restrito monopólio garante a definição cultural da física como profissão exclusiva de gentlemen, e a definição do físico como um especialista para a elite. A profissão é exercida quase que exclusivamente em Londres. Abaixo nesta hierarquia, primeiro os cirurgiões e depois os modestos apotecários. Praticam seu ofício num mesmo mercado popular, mas por serem distintos seus serviços não competiam entre si.

Ora, um quadro semelhante reproduzia-se na França sob o ancient régime com suas corporações médicas fechadas. A revolução extingue-as juntamente com as escolas e academias de medicina em 1791, sobrevindo a anarquia médica. A prática das atividades curativas torna-se livre, acessível a qualquer cidadão que se disponha a pagar uma taxa. Mas não é esta a liberdade nem a igualdade a que aspiram os candidatos às carreiras no serviço público, na engenharia ou na medicina. Ao revogar a velha ordem e seus valores aristocráticos a revolução prometera-lhes carreiras abertas ao talento, o mérito em lugar dos critérios tradicionais de acesso. Desejam, além disso, digerir os ganhos da revolução numa posição segura e sob um governo estável. Querem a garantia da proteção do Estado para as posições conquistadas. O Estado reorganiza a medicina, mas o acesso às posições de elite nas faculdades, academias e hospitais ainda obedece aos critérios tradicionais: a influência aristocrática sobrevive à aristocracia. E os remanescentes da velha classe ainda preferem, até por afinidades culturais, os serviços dos físicos formados na velha ordem. Ademais, o Estado não concede aos novos médecins nem o desejado monopólio dos serviços médicos nem a suficiente proteção contra a prática ilegal da medicina. Num mercado estreito, torna-se acirrada a competição por clientes, por posições no sistema hospitalar e nas universidades, e por cargos na administração pública.

Eis agora o que deflagra alterações nestes cenários: as revoluções industriais, primeiro na Inglaterra a partir da segunda metade do séc. XVIII (digamos, por volta de 1760), nos Estados Unidos e França por

volta de 1830. As consequências socioeconômicas destas revoluções do sistema produtivo são amplamente conhecidas, mas uma delas merece especial destaque porque permitirá unificar as nossas três histórias: a intensa urbanização. Melhor observá-la nos seus primeiros desdobramentos: Londres tinha em 1801 pouco mais de 900 mil habitantes, e em 1861 por volta de 2, 8 milhões; Paris, 650 mil em 1789 e mais de 1 milhão em 1845; Manchester e Liverpool, respectivamente 77 mil e 82 mil em 1801, e 358 mil e 440 mil em 1861; Marseille e Bourdeaux, respectivamente 90 mil e 84 mil em 1789, e 183 mil e 121 mil em 1845. Nos Estados Unidos a população total cresce em 28,1% entre 1829-1840, mas a urbana em 63,7% no mesmo período. Em 1829 havia 90 centros urbanos com 25 mil ou mais habitantes, dos quais 23 com mais de 10 mil e uma única cidade, New York, na classe de mais de 100 mil habitantes: em 1840, 131 centros com mais de 25 mil habitantes, dos quais 37 com mais de 10 mil, e três cidades na classe de mais de 100 mil habitantes. Detroit tem pouco mais de 1.400 habitantes em 1820, mas já abriga 21 mil apenas três décadas após: Chicago, 4.400 habitantes em 1840, mas 29 mil em 1850.

Por detrás destes maciços deslocamentos populacionais estavam as novas oportunidades de trabalho e de maiores ganhos abertas pelas manufaturas, e também os investimentos nos meios de transporte, sobretudo na expansão da malha ferroviária que progressivamente integrava as cidades em amplos mercados nacionais. Assim, também os médicos deslocam-se para os centros urbanos, e em maior velocidade do que a população como um todo: em 1845 Paris concentrava aproximadamente 3% da população total do país, mas nada menos do que 13% de todo o seu contingente de médecins. Mas junto com os médicos desembarcaram também toda espécie de empíricos, sectários e charlatães, multiplicando nos novos mercados urbanos o número das definições aceitáveis de medicina. Para complicar, o segmento mais lucrativo deste mercado experimentou inicialmente um crescimento muito modesto, consistindo na incorporação da emergente burguesia industrial e de uma nova classe média urbana. De qualquer maneira, como um todo o mercado urbano era potencialmente ilimitado, embora se mostrasse então instável e fragmentado por definições concorrentes e igualmente legítimas de serviço médico. Permanecendo fragmentado, produziria apenas competição acirrada: unificado, representaria um ativo de valor incalculável para quem viesse a controlá-lo.

A unificação do mercado de serviços médicos comportaria dois mo-

vimentos. Em primeiro lugar, era necessário desafiar os privilégios das elites médicas tradicionais, visando extinguir o monopólio que detinham sobre o título profissional e sobre os símbolos da distinção profissional. Em segundo lugar, era necessário reconstruir o monopólio em bases mais amplas, para incorporar as classes médias que buscavam *status* através do trabalho, mas também com critérios mais afinados com os valores e com a dinâmica do nascente capitalismo industrial.

Na Inglaterra, a unificação do mercado ocorreu no rastro da mobilização dos cirurgiões e apotecários contra o restrito monopólio dos físicos. Para se ter uma noção aproximada do seu contingente, o Royal College of Surgeons, criado em 1800, concedera até 1830 mais de 8 mil licenças para a prática da especialidade; os apotecários já eram mais de 12 mil em 1812. Por volta de 1830 cirurgiões e apotecários respondiam por aproximadamente 90% do atendimento médico. Na mesma época era de apenas 274 o número de licenciados pelo RCP, e de 113 o número de fellows. A despeito disso, permanecia com os físicos o controle sobre o título profissional e seus privilégios, um monopólio fundado numa concepção de medicina já anacrônica no segundo quartel do séc. XIX, mas ainda tão impermeável aos avanços das ciências experimentais quanto os físicos às novas práticas introduzidas na clínica por apotecários e cirurgiões. O The Lancet fez do atraso das elites médicas um permanente alvo de seus ataques, advogando a substituição dos critérios tradicionais de entrada na profissão pelo do mérito aferido por exames rigorosos de habilidades práticas. Neste aspecto, a mobilização contra o monopólio dos físicos fazia parte de um movimento mais amplo de desafio à ordem moral e social representada pela aristocracia. Sob seus protestos o Civil Service Commission, criado em 1855, introduziria na administração pública o sistema de recrutamento através de exames de qualificação. Seja como for, a estrutura legal que mantinha a organização tripartide e hierarquizada das ordens médicas já não refletia a realidade. A preferência da burguesia industrial e dos novos setores médios urbanos era pelas habilidades práticas de um médico generalista que lhes cobrasse honorários modestos, não pela cultura clássica em que vinham embalados os dispendiosos e ineficazes serviços dos físicos-cavalheiros ou pela cirurgia pura da elite do RCS. Tornara-se então comum que um número crescente de apotecários adquirisse através de exames o licenciamento do RCS e que muitos cirurgiões se submetessem aos da Society of Apothecaries, surgindo daí uma nova categoria de general practitioners que, por não caber na organização tripartide da medicina inglesa, organizou-se na British Medical Association.<sup>29</sup> Mesmo a rígida distinção entre física e cirurgia, tão cara à aristocracia dos *royal colleges*, esgarçava-se na medida em que físicos e cirurgiões da elite tornavam-se *general practitioners* para a clientela burguesa e *consultants* nos hospitais privados, nestes últimos menos pelos rendimentos (não eram remunerados, como regra) do que pela visibilidade junto a clientes mais ricos, entre os quais os próprios administradores leigos dos hospitais filantrópicos. Já se sabe que a reforma reivindicada pela massa dos generalistas veio em 1858: o Medical Act unifica a medicina ao extinguir o monopólio dos físicos, estendendo o título profissional e os respectivos direitos e privilégios aos licenciados pelo Royal College of Surgeons e pela Society of Apothecaries.

Não existindo nos Estados Unidos redutos monopólicos aristocráticos a serem assaltados, o argumento do mérito ganharia um significado exatamente oposto ao que tivera na Inglaterra. A conotação elitista e antidemocrática era inevitável numa sociedade que já nascera burguesa e com acentuada cultura igualitária. Para dificultar ainda mais a unificação da medicina, o período da decolagem industrial e do primeiro surto de urbanização coincidiu com o da chamada democracia jacksoniana, com sua fé quase religiosa nas virtudes progressistas do mercado. Os frágeis mecanismos regulatórios que a medicina regular viera conquistando desde a independência ruíram sob o laissez faire. Um após outro, os estados extinguiram os impedimentos ao livre exercício das atividades curativas, fazendo crescer desproporcionalmente em relação à modesta expansão da demanda por serviços médicos o número de praticantes em virtualmente todas as modalidades concorrentes de medicina. Para a medicina regular o problema, inicialmente, não era tanto a concorrência das várias seitas, amplamente minoritárias em todos os estados, mas o ensino médico. Na Inglaterra, o que um físico deveria saber ou estudar para ter acesso ao título era legislado pelo RCP e pelo sistema Oxbridge; na França, o Ministère de l'Instruction Publique deliberava sobre a formação dos médecins. Instituições nacionais semelhantes inexistiam nos Estados Unidos, com sua estrutura política descentralizada, o que dificultava fixar um padrão para a medicina regular. Cada uma produzindo um tipo diferente de médico regular, as escolas, que eram um negócio rentável dada

<sup>29</sup> Sobre a formação desta categoria ver, além de Holloway, *op. cit.*, também Waddington, I. "General practioners and consultants in early nineteenth-century England: the sociology of an intraprofessional conflict". In: John Woodward e David Richards (eds.) *Health Care and Popular Medicine in Nineteenth-Century England*. New York, Holmes & Meier, 1977, p. 164-188.

a demanda e o baixo nível de exigência, proliferavam jogando no mercado um número crescente de profissionais. Os certificados obtidos nestes cursos foram equiparados ao licenciamento pelas associações médicas locais e estaduais, estabelecendo-se entre estas e as escolas um incontornável conflito de interesses. Estas as razões determinantes da fundação da American Medical Association, o grande marco da história da medicina americana. A guerra aos sectários não constituía originalmente uma prioridade, mas logo a AMA percebeu seu valor ideológico e sua importância estratégica tanto para persuadir o mercado da superioridade da medicina regular quanto para criar um esprit de corps entre seus praticantes. Com este último propósito e também para disciplinar a exacerbada competição entre os regulares nos novos mercados urbanos, ela promulgou o código de ética de 1847 estabelecendo normas de cortesia profissional, de fixação de honorários, de relação com clientes etc. A unificação da base cognitiva teria início com as reformas em Harvard e na Johns Hopkins Havia claramente um projeto de monopolização do mercado, mas para realizá-lo não bastavam os recursos organizacionais e institucionais já disponíveis. Faltavam ainda as condições políticas gerais para que a medicina regular vencesse o desafio.

Quanto a medicina francesa, já se sabe que ela foi unificada com a instituição do monopólio médico em 1892. Entretanto, extintos com a revolução os privilégios da elite médica do antigo regime, os protestos dos *médecins* contra a instituição do *officiat de santé* nunca tiveram o caráter de uma guerra santa contra *heresias* médicas concorrentes, a exemplo do que ocorreu nos Estados Unidos entre *regulares* e sectários. Na França, médicos e oficiais praticavam a mesma medicina, compartilhando a mesma base cognitiva qualquer que fosse ela à época. Mas ainda inseguros quanto ao seu *status* na nova ordem e desejando ascender socialmente, aos doutores desagradava serem confundidos, entre o povo e principalmente nas províncias, com os modestos *officiers*. No Congrès Médical de 1845 insistiram no argumento do excesso de profissionais, mas isto refletia com mais propriedade apenas a experiência dos profissionais parisienses.<sup>30</sup>

<sup>30</sup> A agenda de reivindicações do Congrès (principalmente a dissolução do *officiat*) e sua recepção pelo Estado é analisada em Weisz, G. "The politics of medical professionalization in France, 1845-1848". *Journal of Social History*, 12, 1978, p. 3-29.

## Laissez faire e regulação: o papel do Estado

Aos movimentos de unificação da medicina subjaz um projeto monopolista de eliminação do mercado de definições "alternativas" de serviço médico. Incapazes de demonstrar a superioridade de seus procedimentos curativos sobre os dos concorrentes — os *regulares* americanos —, os doutores franceses e os generalistas ingleses voltar-se-iam para o Estado em busca de instrumentos legais para controle do mercado.

Nos Estados Unidos isto foi possível com o fim do laissez faire. A era jacksoniana deixara um rescaldo de insegurança que iria acentuar-se nas décadas seguintes. A dissolução das bases comunitárias da vida social, a competição exacerbada no mercado, o medo da anarquia social e do conflito entre as classes instigariam no cidadão a procura da ordem e da autoridade. Os interesses econômicos locais, ameaçados pelo avanço das corporações nacionais, buscariam proteção no Estado. As leis de licenciamento profissional promulgadas a partir de 1870 devem ser interpretadas neste contexto de crescente demanda pela ação regulatória do Estado. Não resultaram do poder ou da influência das associações e organizações profissionais, até porque outras ocupações sem qualquer prestígio foram também regulamentadas. No caso da medicina, a exigência do diploma e do exame de sua procedência pelas juntas estaduais de licenciamento permitiu à AMA estabelecer para escolas sectárias o status de inidôneas, obter nos tribunais a cassação da licença de profissionais diplomados por elas antes do advento da regulação, e reprimir com o estigma do charlatanismo as seitas que não dispunham de escolas ou outros sistemas de treinamento formal. Isto numa época em que a própria medicina regular não podia demonstrar superioridade sobre as concorrentes. O que ela podia fazer, e o fez com eficiência, era explorar ideologicamente o prestígio da ciência nesta fase "progressista" da sociedade americana, exibindo suas novas e estreitas vinculações institucionais com as ciências biomédicas nas universidades reformadas para persuadir a opinião pública, legisladores e tribunais de que às conquistas das disciplinas científicas correspondiam iguais progressos nos seus procedimentos terapêuticos, o que, obviamente, era falso.

Na Inglaterra não havia condições culturais, políticas e ideológicas para a instituição de um monopólio legal como desejavam os general practitioners e a British Medical Association. A burguesia, tendo obtido o suporte do Estado para assentar a base de sua hegemonia em termos estritamente capitalistas, via agora a intervenção do Estado como uma

força estranha da qual pouco se poderia esperar. Sua ação regulatória sobre o mercado deveria ser reduzida ao mínimo. Aparentemente o Medical Act obedece a esta lógica ao consagrar a liberdade de curar. Entretanto, o monopólio do título profissional pelos licenciados e a instituição do Medical Register eliminavam, na prática, qualquer vantagem comparativa de mercado que as medicinas *alternativas* pudessem obter com a liberdade de curar. Além disso, a representação do Estado no General Medical Council sinalizava claramente em que lado o cidadão encontraria alguma garantia do poder público com relação ao controle da qualidade dos serviços médicos. Recorde-se, finalmente, que o Medical Act excluía da admissão aos cargos públicos os praticantes sem licença ou sem registro, criando um mercado protegido para os registrados.

O papel do Estado parece ter sido subsidiário nos Estados Unidos ou inexistente na Inglaterra apenas quando comparado ao que ocorreu na França, isto é, o paradigma da profissionalização de cima para baixo. Na França, o Estado não apenas reorganizou inteiramente a profissão em 1803, criando e dando nome aos seus dois estratos, mas sua ação regulatória estendeu-se do ensino médico à organização hospitalar, ambos públicos, ao licenciamento e às formas de associação profissional. A lei Chapelier, de junho de 1791 mas mantida até 1892, proibia a criação de associações profissionais ou de outros esquemas privados que pudessem encorajar o renascimento das antigas corporações, e entidades como a Association Génerale des Médecins de France, criada em 1858 mas não legalizada, tinham escassa importância. O Estado sempre teve a iniciativa na transformação das condições da prática médica, seja acionando diretamente suas agências administrativas (sobretudo o Ministère de l'Instruction Publique), seja elaborando e encaminhando projetos legislativos. Coincidindo com os do Estado, os interesses da medicina francesa encontravam nele um valioso aliado: divergindo, prevaleciam os do Estado. Foi assim em 1836, quando para induzir uma redução na oferta de médicos num mercado muito saturado e competitivo, o Ministère introduziu o bacharelado em letras como requisito para admissão aos cursos de medicina, e o de ciências no início do segundo ano de estudos: foi assim também em 1847 quando o mesmo ministério autorizou a criação de quadros assalariados de médecins cantonaux como forma de minorar o desemprego. Inversamente, e a despeito de ter sido uma permanente reivindicação dos médicos, só em 1892 o Estado extinguiu o officiat de santé, instituindo o monopólio da medicina, e legalizou os sindicatos que surgiram a partir de 1881. A lei estabelecia, entretanto, que estas agremiações não podiam agir contra o Estado, contra os départments ou contra as communes. Individualmente, os médicos franceses obtiveram o melhor dos dois mundos: uma vez estabelecidos, não estavam sujeitos a controles internos de natureza associativa, nem o poder público interferia nas relações entre profissionais e clientes, assegurando-se os princípios da médecine libérale. Todavia, faltou à medicina francesa a dimensão corporativa e os mecanismos e instrumentos coletivos de auto-regulação. Ela permaneceria dentro de uma relação de dependência conflitiva ante o Estado.<sup>31</sup>

## Peritos e charlatães: à guisa de conclusão

Do exposto anteriormente parece razoável concluir que a profissionalização da medicina e seu controle do mercado de serviços médicos ocorreram em larga medida independentemente do progresso do conhecimento médico durante o séc. XIX. Os elementos válidos deste saber ou raramente foram utilizados por falta de uma técnica subsidiária que os convertesse em observações clínicas e em aplicações terapêuticas eficazes, ou permaneceram isolados sob uma grossa camada de cosmologias médicas equivocadas e de práticas curativas inúteis, quando não francamente bárbaras e danosas à saúde dos pacientes, ou não foram incorporados à experiência clínica existente por força da resistência de interesses corporativos. Em última análise, poucos se dão conta de que a medicina só começou efetivamente a curar a partir da segunda década do nosso século quando avançaram as aplicações da bacteriologia. Assim, parece certo que a medicina tornou-se uma profissão quando ainda era uma das várias superstições oferecidas no mercado, embora uma superstição com o prestígio dos títulos acadêmicos e as vantagens e privilégios de um monopólio ou quase-monopólio obtido do Estado.

Obviamente, a medicina contemporânea não é uma superstição. O crédito social que ela acumulou ao longo do século tem o aval de resultados positivos no campo clínico e, sobretudo, de progressos espetaculares no domínio das ciências biomédicas. Se toda a história se resumisse nisso, não haveria razões para examinar a consistência das bases em que se assenta hoje a exclusividade cognitiva que ela reivindica e a jurisdição

Uma boa análise da evolução das relações da medicina francesa com o Estado encontra-se em Steffen, M. "The medical profession and the state in France". *Journal of Public Policy*, 7, 2, April-June 1987, p. 189-208.

exclusiva que ela reclama sobre um amplo e sensível segmento da realidade. Bastaria neste caso subscrever a versão oficial segundo a qual tais reivindicações se justificam pela comprovada superioridade da *expertise* médica sobre modalidades *alternativas* de práticas curativas. Entretanto, já sabemos que esta versão foi no passado um mero artifício ideológico. Contemporaneamente, seu *status* é suficientemente problemático para estimular um saudável ceticismo.

Examine-se, para começar, a natureza da expertise médica. A medicina não é uma profissão científica, médicos não são cientistas. E tal como em outras profissões práticas como a engenharia, o conteúdo científico da medicina é mais aparente do que real. Médicos encontram poucas oportunidades de aplicar o acervo de conhecimento das ciências básicas e, de fato, não utilizam de forma direta nem mesmo o conhecimento adquirido nas escolas e faculdades. Como observou corretamente Whitley, diagnósticos e decisões de tratamento permanecem essencialmente como atividades artesanais governadas por convenções que são transmitidas por métodos tradicionais de aprendizagem, antes que por métodos formais.32 Em outras palavras, a experiência e a tradição clínicas prevalecem sobre a educação formal e sobre as ciências básicas. Freidson aponta na mesma direção ao distinguir entre dois tipos de saber: o conhecimento teórico, científico e sistemático produzido pelas pesquisas nas ciências biomédicas, e o conhecimento de como aplicar este conhecimento teórico em pacientes concretos em situações sociais concretas.33 Este segundo tipo, um componente da arte médica, está corporificado na tradição clínica, em práticas costumeiras da profissão e até mesmo nas preferências individuais do médico. Através dele o conhecimento teórico é organizado socialmente como prática, perdendo sua pureza técnica e científica. Todavia, o importante a ressaltar é que este conhecimento operacionalizador que se manifesta em procedimentos clínicos habituais ou na administração do tratamento não tem base científica, não está codificado, não é dedutível de qualquer corpo teórico reconhecível e nem está validado por qualquer tipo de teste empírico sistemático. Ele nada tem de esotérico ou complexo, não requer longos períodos de educação formal para ser assimilado, não é de forma alguma inacessível ao leigo. Em síntese, ele cons-

<sup>32</sup> Apud Schwartzman, S. Ciência, Profissões e a Questão da Autonomia. Nupes/USP, documento de trabalho 6/89.

<sup>33</sup> Freidson, op. cit., p. 342-344.

titui uma base demasiadamente precária para sustentar as reivindicações monopolísticas da medicina.

Ainda que não fosse assim, ainda que a expertise médica correspondesse à versão oficial anteriormente mencionada restaria ainda persuadir o consumidor de que ele estaria melhor servido pela medicina oficial do que por modalidades terapêuticas alternativas. Mais do que qualquer alegada cientificidade de seus procedimentos, a preferência do consumidor constituiria a mais sólida base para as reivindicações monopolísticas da medicina oficial. Ora, estudos e pesquisas têm mostrado em primeiro lugar o desgaste do crédito social da medicina oficial: um crescente desconforto com suas práticas terapêuticas, insatisfação com seus resultados e descrença em suas promessas, para não falar dos custos dos serviços médicos.34 Em segundo lugar, um significativo aumento da procura por modalidades alternativas de tratamento, indicando uma ativa resistência ao monopólio médico. Em terceiro lugar, o número crescente de médicos que adota, exclusiva ou complementarmente, as modalidades terapêuticas alternativas. Finalmente, a tolerância das associações e das autoridades médicas em geral com tais práticas dentro do seu próprio campo, acompanhada ou não de tentativas de normalizar as práticas alternativas acomodando-as de uma maneira ou outra dentro do paradigma biomédico.

Obviamente, estes procedimentos de medicalização de terapias alternativas visam preservar a autoridade cultural da medicina oficial. Este é, todavia, um jogo de alto risco, por duas razões. O consumir percebe cada vez com maior clareza que o problema para a medicina oficial não é tanto a coexistência de práticas alternativas, mas a convivência com os práticos alternativos, estes experts que ela persiste em estigmatizar como charlatães por não estarem submetidos à sua autoridade cultural. Mas o consumidor percebe em seguida que com relação a estas práticas alternativas, são os médicos nelas iniciados os verdadeiros charlatães.

Seja como for, a medicalização das terapias alternativas provavelmente corrói mais do que protege a autoridade da medicina, agravando a crise de credibilidade. Mas quaisquer que venham a ser suas conseqüências, ela constitui no mínimo um apropriado desfecho irônico para uma história que, de resto, não tem nada de exemplar.

Bakx, K. "The eclipse of folk medicine in western society?". Sociology of Health and Illness, 13, 1, March 1991, 20-38; Launso, L. "Integrated medicine: a challenge to the health-care system". Acta Sociologica, 32, 3, 1989, p. 217-316; Wolpe, P. R. "The maintenance of professional authory: acupuncture and the American physician". Social Problems, 32, 5, June 1985, p. 409-424.

# Asociaciones médicas y política corporativista en México: apuntes sobre algunos cambios recientes

Gustavo Nigenda

#### Introducción

La formación de asociaciones o agrupaciones médicas ha sido motivada históricamente por la necesidad que tienen los médicos de defender sus intereses profesionales. El grado con el que este objetivo se cumple varía en función a elementos tanto internos a la profesión como externos a ella. Solamente sobre algunos de estos elementos la categoría puede tener control. Entre los elementos internos encontramos la habilidad para mantener un conocimiento técnico relativamente homogéneo, la capacidad de mantener una cohesión grupal y el sostenimiento de una ideología profesional. Entre los elementos externos encontramos a los agentes financiadores y administradores de los servicios de salud. El Estado es otro agente externo. Además tiene la capacidad de determinar la reglas del juego en el escenario político, que es el espacio donde los grupos sociales negocian la representacion de sus intereses.

En distintos países la profesión médica, utilizando sus asociaciones, ha logrado influir en los mecanismos a través de los cuales se obtienen y distribuyen los recursos en el sector salud. Esto normalmente le permite obtener importantes beneficios económicos y sociales. En el extremo opuesto encontramos casos en los que las asociaciones no logran influir en la definición de los mecanismos de financiamiento lo cual condiciona también su estatus profesional.

La profesión médica mexicana se encuentra entre estos dos extremos (Nigenda, 1994). El status profesional médico tiene claros vínculos con el proceso de desarrollo del sistema de salud vigente y con la participación del Estado.

En el país se experimenta un renovado interés de la categoría por

encontrar nuevas formas de organización profesional a fin de enfrentar los retos que los cambios del mercado de trabajo les impone. La producción de servicios de salud da claras muestras de privatización, debido a un doble proceso que por una parte muestra el retiro del Estado de la prestación directa de servicios, y por otra, el interés que productores privados tienen por asumir estas funciones. Este redireccionamiento además de tener repercusiones en el ámbito económico, lo tiene en el político.

El presente trabajo expone el origen de las asociaciones médicas en el país y los objetivos que han perseguido. Posteriormente se detallan las características del Estado mexicano que tienen relevancia en la determinación de las relaciones políticas en el sistema de salud. Continúa con una descripción de aspectos recientes de la participación de las organizaciones médicas las cuales responden a las nuevas tendencias del mercado de servicios. Finalmente se presenta una breve conclusión.

### Origen de las asociaciones médicas

En México existe una larga tradición en la formación de asociaciones médicas que data de más de un siglo. Muchas de estas organizaciones, no obstante, han carecido de continuidad y normalmente completan sus ciclos prematuramente. Sin duda, la asociación médica más importante del país, la Academia Nacional de Medicina, representa un caso especial. La Academia fue creada en 1864 durante la época de Maximiliano de Absburgo. Reunía tanto a médicos franceses como mexicanos, éstos últimos en su mayoría afiliados ideológicamente al movimiento conservador (Guerra, 1975). Su primer presidente era de origen francés y a él le siguieron médicos mexicanos. La Academia logró trascender la inestabilidad política de la segunda parte del siglo XIX. Durante el porfiriato, debido al importante desarrollo de la clínica promovido por la influencia del positivismo francés, la Academia logró forjarse un prestigio profesional y una autoridad social bastante sólidas. La Academia siempre ha sido un grupo exclusivo que representa a la élite médica del país y sus conexiones políticas no sólo no fueron desmanteladas con la Revolución sino que por el contrario, se fortalecieron al grado que Francisco I. Madero la ascendió a nivel de cuerpo asesor del gobierno federal de la república.

El objetivo de la Academia ha sido el de mantener el prestigio profesional y social de la práctica médica en el nivel más alto posible. Indi-

rectamente, a través de la participación personal de sus miembros, ha sido capaz también de influir en la definición de la política sanitaria del país.

Con el Estado postrevolucionario, siguiendo la tradición de importantes figuras médicas como Miguel Jiménez y Eduardo Liceaga, miembros de la Academia pasaron a tomar el control de la política de salud a nivel federal dentro del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública. Ambas instituciones jugaron un papel determinante en la regulación del mercado de servicios de salud entre 1917 y 1943 y de manera especial en la regulación de la práctica profesional.

Con el advenimiento de la especialización de las áreas clínicas en los años 30, la Academia extendió su influencia hacia la formación de sociedades que fortalecieran en los ámbitos extra institucionales el desarrollo de las especialidades. Miembros destacados de la Academia pasaron a ser presidentes de sociedades como la de gastroenterología, la de cirugía del Hospital Juárez, la Sociedad Médica del Hospital General y la Academia Mexicana de Cirugía.

La competencia de otros grupos, tanto de distintas tradiciones médicas como de médicos no formados en el país, por el dominio del mercado de servicios ha sido también preocupación de la Academia. A partir de la segunda década del siglo la Academia buscó mantener representación en esta área a través de la creación o el apoyo de organizaciones. Un caso interesante es el de la Asociación Médica Mexicana (AMM) cuya presidencia no era ocupada por um miembro de la Academia, mas varios de los miembros del cuerpo directivo pertenecían a ella.

La AMM, de acuerdo con Fernández del Castillo (1956), tenía como objetivo "promover todo lo que tienda al mejoramiento de las condiciones morales, sociales, intelectuales y materiales de la clase médica". Dado que el mejoramiento académico estaba en manos de otras instancias, la AMM se abocó a promover el mejoramiento de las condiciones laborales como el cobro de honorarios y a apoyar el control del mercado. Quizá el punto sobre el cual la AMM enfocó preferentemente sus energías fue la reglamentación del Artículo 40. constitucional cuya laxitud no permitía a la profesión ampliar su dominio sobre un mercado de servicios que en esos años era predominantemente privado.

En 1910, en México no existía un solo sindicato médico. En 1935 prácticamente cada entidad federativa tenía uno. Los sindicatos representaron un tipo de organización interesante debido a que el propio Estado promovió su desarrollo. Así, los primeros sindicatos médicos tuvieron que enfrentar el dilema de defender los intereses de un grupo de

trabajadores básicamente liberal dentro de una organización típica de asalariados. La Academia tuvo representantes en las primeras mesas directivas del Sindicato de Médicos Cirujanos del Distrito Federal. Para 1943, la mayor parte de los sindicatos médicos habían desaparecido o habían sido absorvidos por las centrales de trabajadores del partido oficial perdiendo así su relación de independencia original con el Estado.

La Ley de Profesiones de 1944 creó una nueva figura organizacional en los colegios médicos. En virtud de que los colegios mantienen una relación formal con el Estado y de que sus actividades se encuentran ampliamente reguladas, durante años han representado organizaciones poco atractivas para los médicos que siempre han buscado establecer una relación con menor grado de dependencia. Los colegios del Distrito Federal fueron llamados a apoyar la labor del Estado en el movimiento médico de 1964, pero su papel en ese sentido fue poco importante.

Finalmente los consejos de Certificación de Especialidad son organizaciones médicas que buscan garantizar que los especialistas mantengan un nivel de competencia mínimo. Aunque se argumenta comúnmente que este proceso se realiza en beneficio de los consumidores, en realidad debe ser visto como un mecanismo que juega un papel importante en la dinámica del mercado ya que protege el valor de la fuerza de trabajo de los médicos certificados.

## Política corporatista en el sistema de salud

En su libro clásico sobre la profesión médica, Eliot Freidson (1970) señala que la relación que ésta tiene con el Estado es fundamental para asegurar su participación hegemónica en la producción de servicios de salud. Es el Estado, como último detentor del poder social, el que otorga a la profesión la capacidad de producir dichos servicios sin ser sujeto de vigilancia de otras profesiones así como de ser capaz de autoregularse.

No obstante, Freidson nunca se ha interesado por analizar esta relación en profundidad. Los cambios que se han dado en los sistemas de salud en todo el mundo, entre ellos el cada vez más evidente asalariamiento de la profesión y su exposición a sistemas de vigilancia técnica dentro de las instituciones, ha llevado a algunos estudiosos a replantearse los términos de la relación entre dichos actores.

Paralela a esta preocupación se ha mantenido otra, interesada en explicar cómo los distintos grupos en una sociedad son capaces en influir

las decisiones que determinan los rumbos de la producción de bienes y servicios, así como su consumo (Picó, 1987). En ambos campos, pero de manera especial en el primero, la teoría del corporatismo social ha brindado hipótesis al parecer plausibles.

Visto como un sistema de representación de intereses el corporatismo ha sido aplicado en el campo de la producción y el consumo de servicios de bienestar social (Williamson, 1989). Dichos estudios han definido la capacidad que grupos como la categoría médica tienen en la definición de políticas y la distribución de recursos (Cawson, 1982).

Sin embargo, si nos adherimos a la distinción original propuesta por Schmitter (1974) entre el corporatismo social y el corporatismo de Estado, nos encontramos que en la mayor parte de los casos la aplicación de la teoría corporatista se ha llevado a cabo en países que se apegan al primer tipo. La distinción es crucial porque establece el papel del Estado y la sociedad en la constitución del corporatismo. Para la primera, es la sociedad la que se mueve en esa dirección y el Estado comúnmente se ajusta a ella y la utiliza en el cumplimiento de sus objetivos. En la segunda, es el Estado el que propone o promueve la dirección hacia el corporatismo y la sociedad tiene pocas opciones aparte de ajustarse a ella. En el corporatismo del Estado, esto tiende a ser un actor político con gran fuerza y autoridad. Se piensa que dado el diferencial de poder existente entre los actores interesados, los grupos profesionales tienen oportunidades restringidas para influir el proceso político, pero esto aún tiene que ser probado.

Frenk y González-Block (1992) consideran que en México la provisión de servicios de salud está determinada por la racionalidad del Estado corporatista la cual está basada en la forma en que la población se inserta en las áreas de la producción económica. Así, el sistema de bienestar social mexicano está compuesto por la seguridad social que protege a los trabajadores dentro del sector formal de la economía y que a su vez se encuentra subdividida entre aquellas instituciones que protegen a trabajadores de empresas privadas y públicas. La asistencia pública se encarga de la provisión de servicios a la población que no se encuentra integrada al sector formal. Además encontramos el sector de servicios privados que no obedece a la racionalidad corporatista y que se diferencia claramente de ella.

Esta división desde luego genera una estructura particular del mercado laboral para los profesionales en virtud de que las oportunidades y condiciones de trabajo son distintas en cada una de las instituciones. En

primer lugar esto crea una estratificación importante en la profesión. A su vez, este fenómeno resta capacidad a los miembros de la categoría para actuar coordinadamente porque en primera instancia los intereses que los motivan a participar son generalmente distintos. Intentar establecer una asociación consolidada es atentar contra la lógica corporatista del Estado y esta posibilidad está vedada a cualquier profesión. Los médicos lo han experimentado como ninguna otra en el país.

En realidad la mayor probalidad para influir el proceso de toma de decisiones está en la participación en el aparato administrativo de las instituciones, pero para ello, un médico como trabajador de confianza, tiene que anteponer a los intereses de la profesión, los intereses del Estado. Cuando ambos intereses coinciden la coordinación es posible, cuando se anteponen lo más probable es el conflicto. El otro ámbito de participación son los sindicatos estatales. El riesgo en ellos es terminar anteponiendo los intereses personales o de la cúpula sobre los intereses de la base trabajadora.

La ampliación del sector privado de servicios de salud está modificando sin duda la estructura del mercado y la relación existente entre los actores. Diversos actores emergentes empiezan a acumular capacidad de decisión. Los inversionistas interesados en la educación de médicos, y en el financiamiento y la producción de servicios de salud son sin duda los más importantes. Su verdadero impacto podrá ser aquilatado en los próximos años: mientras tanto, la política económica del Estado en los últimos años ha aceptado y fomentado su participación.

## Respuesta de las organizaciones profesionales ante los cambios del mercado

Para la profesión médica, sin duda, el interés principal en la actualidad es obtener el control de la demanda de servicios privados. A partir de la creación de la seguridad social la demanda de servicios más importante se obtuvo de las poblaciones cautivas de estas instituciones. Durante este período, los sectores de mayor autoridad en la profesión pudieron influir el desarrollo de los servicios hacia la especializaciones clínicas.

Posteriormente, el número de especialistas se habría convertido en mayoritario a no ser por el crecimiento explosivo de los médicos generales en los años 70. Además, al final de este período, los especialistas pudieron controlar los mejores puestos de trabajo (Frenk, 1990). La re-

tracción del Estado en la producción de servicios de salud ha abierto de nuevo un espacio de mercado que previo a la intervención estatal los médicos mantenían absolutamente bajo control. No obstante las nuevas condiciones no son ni con mucho las que existían a principios de siglo.

La primera respuesta de la profesión ha sido un evidente interés por reagruparse ante un hecho que para todos los médicos es muy claro. El Estado está cambiando las condiciones para la producción de servicios. Lo que no está claro aún es en que sentido están cambiando dichas condiciones.

Los médicos mexicanos perdieron la capacidad de aglutinarse en organizaciones únicas como lo han hecho por años sus colegas que no han experimentado el corporatismo estatal como en Inglaterra, Alemania o Suecia (Garbenpy, 1989). No existen llamados para la constitución de una organización única como sucedió en los años 20, en los 40 y en los 60. Los Consejos de Certificación de Especialidad han tomado la iniciativa para asegurar la participación de los médicos especialistas en el mercado bajo la supervisión de la Academia Nacional de Medicina.

Los Colegios Médicos Estatales también se encuentran reorganizando sus fuerzas en una sola entidad representativa con miras a tener presencia en la representación de sus intereses. Incluso organizaciones con tan poca presencia, como el Sindicato Nacional de Médicos Cirujanos de la República Mexicana, tienen clara la posibilidad de cambios importan-

tes en los próximos años.

Los Consejos de Certificación de Especialidades Médicas tienen "autoridad moral" para llevar a cabo el control de calidad de la prática de las especialidades médicas mediante la evaluación de sus conocimientos académicos. El primer Consejo se formó en 1963 y a la fecha existen ya 43 de las distintas especialidades clínicas. La Academia Nacional de Medicina empezó a otorgar reconocimientos de idoneidad desde 1974 y en la actualidad tiene control sobre los Consejos. Éstos llevan a cabo su trabajo motivados por la necesidad de proteger al público consumidor de servicios. No obstante, la certificación no es obligatoria y en realidad al sector que fundamentalmente le interesa este proceso es el privado, ya que en las instituiciones públicas no se considera como un requisito para el ingreso.

En la actualidad, los hospitales privados más importantes solicitan a los aspirantes a plazas de trabajo el estar certificados. La certificación tal como se lleva a cabo en la actualidad (con un examen teórico) poco puede garantizar sobre la calidad de práctica de un médico. No lo puede hacer más allá que los conocimientos adquiridos en el proceso de formación y lo que la experiencia profesional le puede garantizar. Por ejemplo, esto lo han ya identificado los colegios médicos en Canadá que recientemente han decidido adjuntar al examen teórico uno de tipo práctico con alto nivel de detalle.

La certificación tampoco impacta el salario de un trabajador dentro del IMSS o de la SSA. En realidad la única motivación que le brinda a un médico el someterse a este proceso de credencialización es el prestigio profesional que gana, el cual a su vez puede utilizar en el sector privado para modular el precio de sus servicios, proceso que no depende de regulaciones gubernamentales.

Este hecho ha atraído poderosamente la atención de los médicos especialistas que, como es bien sabido, combinan en un alto porcentaje la práctica institucional con la práctica privada. En 1974 los consejos existentes habían certificado a cerca de 400 médicos. A finales de 1990 habían ya 22. 399 certificados. Dos años después esta cifra ascendía a 28.172, es decir un incremento de 20. 4% respecto a 1990 (Academia Nacional de Medicina, 1993). No obstante respecto al total de médicos en el país este grupo representaba alrededor de 16%. Desde luego el universo a ser certificado por los consejos es el total de médicos especialistas del país. Sin certificar y produciendo activamente servicios quedarán cerca de 100. 000 médicos generales.

Los colegios profesionales son las únicas organizaciones con autoridad legal para regular la práctica médica en el país. A la Ley de Profesiones con jurisdicción en el Distrito Federal le siguieron la expedición de leyes estatales. Aunque en el Distrito Federal se estipula la existencia de 5 colegios, en la mayoría de las entidades la ley admite sólo uno. Una excepción es Jalisco que cuenta con 5 colegios.

Los colegios en la actualidad no llevan a cabo la certificación de practicantes pero se muestran interesados en poder harcelo. La mayoria de los colegios estatales se encuentran agrupados dentro de la Asociación Nacional de Colegios Médicos Estatales (ANACOME). A su vez éstos se han encargado de aglutinar centenares de asociaciones médicas en todo el territorio nacional, pero hasta el momento con muy poca cohesión. No obstante, ANACOME ha adquirido cierta fortaleza en los últimos 5 años al ser capaz de integrar en su seno a un alto porcentaje de los colegios médicos del país.

Detrás del ampliamente utilizado discurso de la protección al usuario que en general esgrimen las asociaciones medicas, los Colegios tienen como objetivo principal la defensa de los intereses de sus miembros. En una encuesta aplicada a los representantes de 19 de los agrupados en ANACOME, se obtuvieron los seguientes resultados. Los 19 Colegios agrupan a un total de 10.536 médicos en el país y el porcentaje de miembros afiliados que pagan cuotas varía entre 10% y 100% con una media de 57%. El total de representantes que señaló la superación profesional y/o académica del médico como objetivo fundamental de su Colegio fue 74%. A este porcentaje le siguió el interés que tienen los Colegios por agrupar a los médicos en la defensa de intereses profesionales con 63%.

Otros objetivos importantes fueron la educación continuada que apareció en 37% de los casos y la orientación jurídica en 32%. Por el contrario, el coadyuvar al desarrollo del bienestar general de la población aparece sólo en 16% de los casos y la protección del público consumidor en 5%.

La privatización de los servicios puede traer ventajas para los médicos que se logren ajustar a producir servicios de manera individual.

Sin embargo, el mismo proceso puede traer consigo efectos mostrados en países con predominio del sector privado. Este es el caso de las quejas y demandas en contra de la prática de los médicos. Los colegios estatales se han convertido recientemente en sensores importantes de este fenómeno y han buscado encontrar respuesta a él a través de influir el proceso de peritaje llevado a cabo por las procuradurías de justicia estatales. Éste no es un fenómeno exclusivo del sector privado y en instituciones como el IMSS el número de quejas contra actos médicos ha aumentado también recientemente. Esto evidencia, desde luego, el hecho de que el consumidor busca mecanismos para proteger sus propios intereses lo cual podría convertirlo en un actor importante (que no lo ha sido al menos desde 1943) en la toma de decisiones de la política de salud en el futuro, a fin de lograr un balance en la representación de intereses. Ello sin duda tendría un impacto benéfico en la producción de servicios médicos con calidad y eficiencia.

#### Conclusión

Es difícil asegurar si en la actualidad asistimos a una redefinición del corporatismo de Estado en México y si los cambios en la política de seguridad y bienestar social son consecuencia de ello. Lo cierto es que,

en el sistema de salud, los cambios sucedidos en los últimos 10 años han permitido el fortalecimiento de sectores del mercado que no tienen como prioridad la atención de sectores de población corporados. Nos referimos básicamente a la expansión del sector privado de servicios. Este proceso a su vez ha alterado el mercado de trabajo de los médicos. La profesión se ha percatado paralelamente que los cambios económicos pueden estar aparejados a cambios en el régimen político tendientes a ampliar su participación.

Existe en la actualidad una emergencia del interés de los médicos por organizarse a fin de que su participación en los cambios tenga una posición de fuerza. El binomio Academia Nacional de Medicina/ Consejos de Certificación de Especialidades ha iniciado ya un proceso tendiente a asegurar la posición de los médicos especialistas. Se trata de un proceso de credencialización que lleva atado a sí el prestigio que la Academia se ha ganado en más de 100 años de existencia. De cristalizarse esto, los médicos certificados serán capaces de asegurar su presencia en las áreas más lucrativas del mercado.

Otras asociaciones como los colegios profesionales también se encuentran en proceso de reconstitución. En conjunto, dentro de la ANA-COME, los colegios buscan utilizar su carácter de instancias autorizadas por el Estado para defender a sus miembros de los riesgos que la privatización entraña. Sin duda la capacidad que las distintas agrupaciones médicas tengan realmente para proteger parcelas del mercado será importante para la definición de su estructura en los próximos años.

#### Bibliografia

- ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. Los consejos de certificación de especialidades médicas. México, 1993.
- CAWSON, A. Social Policy and State Intervention in Britain. London, Heinemann Educational Books. 1982.
- FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, F. Historia de la Academia Nacional de Medicina. México, D. F., Editorial Fournier, S. A., 1956.
- FREIDSON, E. The Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York, Harper & Row, Publishers, 1970.
- FRENK, J. The Political Economy of Medical Underemployment in Mexico: Corporatism, Economic Crisis and Reform. *Health Policy*, 15, 2, 1990.
- FRENK, J. y GONZALÉS-BLOCK, M. Corporatism and health care: a comparison of Sweden and Mexico. Health Policy, 21: 167-180, 1992.

GARPENBY, P. The State and the Medical Profession. A Cross-National Comparison of the Health Policy Arena in the United Kingdom and Sweden 1945-1985. Linkoping, University of Linkoping, 1989.

GUERRA, F. El Médico Político. Madrid, Afrodisio Aguado, 1975.

NIGENDA, G. Médicos en riesgo? Análisis comparativo de tres países. Revista Mexicana de Sociología, 1994.

SCHITTER, P. Still the Century of Corporatism? Review of Politics, 36: 85-131, 1974.

WILLIAMSON, P. Corporatism in Perspective. An Introductory Guide to Corporatist Theory. London, Sage Publications, 1989.

# A evolução das relações entre os médicos franceses e o estado de 1880 a 1980<sup>1</sup>

Claudine Herzlich

### A negociação de um status social com o Estado

Se quisermos compreender a história da medicina francesa ao longo do século XIX e início do século XX, é necessário que se faça referência à mudança radical desencadeada pela Revolução Francesa de 1789. Antes desta data, a medicina era organizada com base no modelo da corporação. Esta organização era muito rígida, mas também oferecia muita proteção à prática profissional individualizada. Mas do ponto de vista dos revolucionários, todas as corporações tinham que ser abolidas,² porque, alegava-se, não deveria haver nenhum intermediário entre o bem individual e o bem coletivo. Os interesses de grupos específicos tinham de desaparecer. A Revolução também fechou todas as escolas de medicina. *Daqui por diante, ninguém está autorizado a praticar a medicina ou mesmo a ensiná-la*, determinava um decreto daquele período. Entendia-se que os próprios pacientes deveriam julgar o valor e a competência de seus médicos.

Entretanto, por volta de 1803, foi aprovada uma lei que restabelecia as escolas de medicina e restaurava o status da profissão médica. Mas o

<sup>1</sup> Este artigo, "The evolution of relations between French physicians and the state from 1880 to 1980", foi originalmente publicado em *Sociology of Health and illness — A Journal of Medical Sociology*, v. 40 n° 3, London, nov. 1982, p. 241-53. É uma versão ligeiramente revisada de uma "Special University Lecture", proferida na Universidade de Londres, na Escola de Higiene e Medicina Tropical, em 12 de maio de 1981, dirigida pela professora Margot Jefferys, Bedford College, London University. Tradução de André de Faria Pereira Neto (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz). Revisão de Maria Paula Frota (PUC/RJ).

<sup>2</sup> Ver Huard, P. Sciences, médecine et pharmacie de la Révolution à l'Empire, Paris, Dacosta, 1970; Huard, P. Imbault-Huard, M. J. "Concepts er réalités de l'éducation et de la profession médico-chirurgicales pendant la révolution", Journal des savants, n° 2, April/June 1973: Foucalt, M. Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical, Paris, PUF, 1963

Estado, naquela época, não desempenhava qualquer papel regulador da prática médica: a profissão médica era então uma profissão inteiramente liberal e não gozava de nenhuma proteção legal. Por outro lado, a profissão existia em um vácuo. Sua situação era caracterizada ao mesmo tempo pela ausência de qualquer monopólio e pela ausência de um verdadeiro mercado médico. Não havia monopólio porque o conhecimento médico tinha pouco prestígio e porque não existia até então nenhuma distinção entre o conhecimento do médico e o do leigo. Conseqüentemente, os médicos estavam expostos a uma ampla e variada concorrência. Com eles competiam não apenas os curandeiros, mas também as freiras e mesmo certas pessoas tão capacitadas quanto os médicos para o exercício dos cuidados com a saúde.3 Não existia, por outro lado, um verdadeiro mercado médico, na medida em que esses profissionais tinham uma clientela muito restrita: o preço que podiam cobrar pelas consultas variava enormemente, e era quase sempre muito baixo e insuficiente para sua sobrevivência.<sup>4</sup> Por esta razão, surgiu um problema que continuou existindo por todo o século XIX: a separação dos médicos em dois grupos bastante distintos. A profissão médica incluía um grupo de ricos proprietários de terra, que não precisavam de sua prática para sobreviver, e indivíduos de origem social humilde para os quais a medicina representava um meio de vida e de ascensão social.5 Este segundo grupo cresceu durante o século XIX e formou a base da profissão tal como ela é organizada atualmente.

A ação coletiva, que vinha sendo gradativamente organizada, enfrentou numerosas dificuldades e seus ganhos foram obtidos com extrema lentidão. Com freqüência surgiam problemas imprevistos, como a alteração de leis provocada por acontecimentos políticos: havia debates in-

Ver, por exemplo, Léonard J. Religieuses et médecins au XIXe siècle", Annales, économies, sociétés, civilisations, 1977, n° 5, p. 887-907; Goubert J. P. "L'art de guérir, médecine savante et médecine populaire dans la France de 1970", n° 5, p. 908-26.

<sup>4</sup> A importância da estrutura do mercado de assistência médica como restrição relevante à prática médica foi primeiramente apresentada em Paul Starr, "Medicine, economy and society in nineteenth-century America", Patrícia Branca (ed.), *The Medicine Show*, New York Science History Publications, 1977, p. 47-66; e em Ivan Waddington, "The development of medicine as a modern profession", M. Piatelli-Palmarini (ed.), *A Social History of the Bio-medical Sciences*, Franco Maria Ricci, Milan, Italy (no prelo).

<sup>5</sup> Léonard, J., Darquenne, R. e Bergeron, L. "Médecine et notables sous le Consulat et l'Empire", Annales, économies, sociétés, civilisations, 1977, n° 5, p. 858-65; ver também Léonard, J. La vie quotidienne du médecin de province au XX<sup>e</sup> siècle, Paris, Hachette, 1977; e La France médicale du 19<sup>e</sup> siècle, Paris, Gallimard-Julliard, collection Archives, 1978.

termináveis e incontáveis projetos de reforma.<sup>6</sup> Entretanto, é evidente que essa ação era organizada precisamente em torno de um problema que se desdobrava na constituição de um mercado que criasse uma demanda social para o tratamento de modo a assegurar aos médicos uma renda suficiente e, a partir daí, na obtenção do monopólio deste mercado através de um *status* exclusivo garantido pelo Estado.

### A necessidade da assistência médica para os pobres e a profissionalização da medicina

Uma análise do problema do acesso aos serviços médicos pelos pobres e pela classe trabalhadora pode nos ajudar a entender a ação da categoria médica e suas diferentes estratégias. Deve-se distinguir, por exemplo, o caso do pobre rural daquele do pobre urbano: para cada grupo, diferentes soluções foram propostas. Para os pobres do meio rural, uma solução foi finalmente colocada em prática em certas regiões, depois de muito debate, com a utilização do médico do distrito, ou seja, de um médico funcionário público, pago pela prefeitura ou pelo governo estadual,<sup>7</sup> que oferecia tratamento médico gratuito para pobres e uma certa área geográfica. Outra solução, tanto na área rural quanto nas cidades, foram os consultórios de beneficência (bureaux de bienfaisance) financiados pela filantropia pública e privada. Estas organizações de caridade estabeleciam um contrato com um ou mais médicos que concordavam em tratar dos pobres mediante baixa remuneração, em geral definida de acordo com um sistema per capita. Deve-se também distinguir os problemas do pobre indigente dos problemas da classe trabalhadora. Para estes últimos, foram sendo progressivamente criadas, a partir, mais ou menos, de 1850, as sociedades de beneficência mútua, financiadas conjuntamente por trabalhadores e empregadores. Neste caso, o médico era contratado pela sociedade, e pago por ela, segundo vários sistemas.

Em cada um desses casos, portanto, o médico não mais lidava apenas com o paciente, pois ele se relacionava com um terceiro elemento, tal

<sup>6</sup> Ver Léonard, J. *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Paris, Aubier, 1981; e Weisz, G. "The politics of medical professionalization in France — 1845/1848", *Journal of Social History*, 1978, v. 12, p. 3-30.

<sup>7</sup> Em francês, département, que constitui a divisão político-administrativa do território nacional.

como a prefeitura, o consultório de beneficência ou a sociedade de beneficência mútua, que estabeleciam um contrato de serviços e proviam os pagamentos. A relação médico/paciente deixou de ser um negócio puramente individual. Com esta primeira introdução da dimensão coletiva na prática médica, duas reações logo tornaram-se evidentes entre os médicos, as quais considerarei como uma tendência que apontava para a medicina liberal e, outra, para uma entrada no jogo social.

A primeira tendência tornou-se visível entre os médicos de elite, ricos proprietários de terra que atribuíam enorme importância à sua liberdade individual e, acima de tudo, à sua liberdade de fazer caridade aos pobres. Toda caridade legal — termo usado por aqueles que se opunham à participação organizada dos médicos no tratamento dos pobres — era ruim, porque implicava a idéia de que o pobre indigente tinha direito a um tratamento, ao passo que os médicos desejavam o poder de decidir sobre sua ação filantrópica. Segundo esta perspectiva, eles expressavam seu medo de submeterem-se às "demandas abusivas" dos pobres e dos trabalhadores. Também temiam que estes sistemas levassem a uma forma de trabalho assalariado ou de emprego público. Por esta razão recusavam qualquer idéia de contrato coletivo e resistiam a qualquer institucionalização do mercado e proteção da prática médica através da intervenção do Estado. A medicina deveria permanecer como arte liberal, praticada individual e livremente.

A segunda tendência, por outro lado, aparecia frequentemente entre os médicos de origem social modesta. Eles também temiam ser explorados, por exemplo, pelas sociedades de beneficência mútua. Esta denúncia repetiu-se durante todo o século XIX. Mas estes médicos estavam conscientes do fato de que, embora pagassem honorários muito baixos, os pobres e a classe trabalhadora representavam uma apreciável expansão do mercado médico. Parecia impossível não aceitar tal situação: o problema consistia em obter condições favoráveis aos médicos. Com esta idéia em mente, alguns deles começaram, em torno da metade do século XIX, a elaborar projetos de previdência social e seguro saúde, dando a todos os trabalhadores acesso ao tratamento médico. Eles também favoreceram a criação de um ministério da saúde, e alguns deles até mesmo aceitaram a idéia de um controle estatal da prática médica. É bastante esclarecedor observar que os mesmos médicos de origem social modesta que concordaram em abandonar parte de sua liberdade individual na relação médico/paciente como o preço pago para expandir o mercado, também exigiam que o monopólio de sua prática fosse reconhecido. Em

sua opinião, já que os médicos cuidavam dos pobres, tarefa que consideravam uma atribuição pública, o Estado deveria, em contrapartida, garantir o seu monopólio profissional: toda atividade — diagnóstico ou tratamento — praticada por outra pessoa que não o médico, deveria ser declarada ilegal e punida. Esta é a tendência que denominei entrada no jogo social. Ela adota a noção de relações codificadas, no âmbito de um mercado protegido, entre a comunidade e a profissão médica organizada, cujo monopólio é reconhecido.

A oposição entre estas duas tendências não foi sempre clara. Por exemplo, as divisões no interior do grupo médico às vezes mudavam de acordo com um problema particular que estivesse surgindo. Entretanto, se acompanharmos esses acontecimentos através do século, é claro que a segunda tendência, que representava apenas uma minoria em 1850, gradativamente torna-se dominante. A partir de 1880, o debate torna-se mais intenso e evidencia-se mais explicitamente um conflito entre os médicos e o Estado.

No final do século, o governo da Terceira República desejou decretar uma série de leis sociais destinadas a melhorar o conjunto da classe trabalhadora. Como na maioria dos países capitalistas, essa legislação social representava uma resposta ao que ficou conhecido como a questão social, mas pode também ser vista como uma tentativa de responder às pressões socialistas que começavam a se fazer sentir. É impossível analisar aqui os intensos conflitos que envolveram essa legislação, mas deve-se ressaltar o fato de muitas dessas leis terem relação com o acesso ao tratamento médico e com a maneira como este tratamento deveria ser financiado. Por si só, isto revela uma mudança positiva no status social da medicina e no maior prestígio dos serviços médicos que, a partir de então, tornaram-se um direito de todo cidadão, a ser provido pelo Estado. Sabemos que esta evolução resultou da ação combinada de diversos fatores: por exemplo, o crescimento do padrão geral de vida facilitou, gradualmente, o acesso ao médico. Entretanto, o maior prestígio da medicina deveu-se, sobretudo, ao papel menos expressivo da Igreja e ao crescimento de uma cultura urbana, na qual as idéias de ciência e progresso ocuparam importante lugar. Foram essas idéias que inspiraram os promotores das primeiras leis sociais no final do século passado. As primeiras leis decretadas relativas à assistência médica para o indigente são de 1893 e aos acidentes de trabalho, de 1898. A legislação posterior referente à assistência médica aos soldados mutilados é

de 1920 e, finalmente, em 1928 e 1930 foi elaborada a legislação referente à previdência social.8

Cabe observar que, no começo da década de 1890, a profissão médica não se opunha à idéia de legislação social. Primeiramente, a maioria dos profissionais de medicina identificava-se com os ideais republicanos e alguns deles assumiam uma posição política de esquerda. Era, portanto, inadequada a oposição sistemática a todas as leis sociais. Em segundo lugar, um crescente setor da profissão médica, majoritariamente composto por profissionais jovens, de origem social modesta, estava consciente de que o direito ao tratamento médico financiado para todos os grupos sociais representava uma ampliação potencial de seu mercado. A partir de então, estes médicos passaram a atuar como o núcleo ativo e dinâmico da categoria.

A profissão médica tornou-se, durante este período, um grupo de pressão extremamente eficaz, em particular através dos inúmeros médicos membros do parlamento9 e da ação coletiva da profissão, que, nesse período, enfatizava dois problemas intimamente relacionados pelos médicos em seus argumentos. Os médicos lutavam, mais intensamente que nunca, pelo reconhecimento de seu monopólio e domínio no campo da saúde. Durante este período, em 1892, eles finalmente obtiveram a lei desejada pela então maioria dos médicos: ela reorganizava e garantia a prática da medicina, criando o que chamamos hoje de profissão médica. Nesta lei, o monopólio médico foi finalmente reconhecido: toda prática ilegal da medicina, tanto por curandeiros como por freiras, passou a ser, a partir dessa época, severamente punida. Ela também determinou a extinção dos oficiais de saúde (health officers), médicos de segunda classe, cuja prática era considerada nefasta para o prestígio profissional. Mais do que isso, os médicos obtiveram autorização para se reunir em sindicatos visando negociar coletivamente todos aqueles problemas que, referentes aos honorários, certamente seriam levantados pelas novas formas de prática médica criadas pelas leis sociais.

Simultaneamente, no que pode ser chamado um "processo de intercâmbio", os médicos deixaram claro que iriam cooperar com as leis sociais e "entrar no jogo social" das relações coletivas, mas apenas sob certas

<sup>8</sup> Sobre a história da legislação social na França, ver especialmente Hatzfeld, H. Du paupérisme à la sécurité sociale — 1850/1940, Paris, Armand Colin, 1971.

<sup>9</sup> Ver Dogan, M. "Les filières de la carrière politique en France", Revue Française de Sociologie, 1967, n° VIII, p. 468-92, e os trabalhos de Léonard, J.

condições que eles podiam impor em troca de sua cooperação, e que configuraram a prática médica na França. Elas incluíam a livre escolha do médico pelo paciente; a liberdade do médico em atender ou não ao chamado de um pobre indigente ou de um trabalhador; e um sistema de remuneração por serviços que excluía toda contribuição ou sistema de pagamento per capita. Estabelecendo estas condições, os médicos puderam então combinar as vantagens anteriormente reivindicadas pelas duas tendências da profissão. Eles "integraram-se ao jogo social" e obtiveram, desta maneira, as vantagens de um mercado mais amplo e de um monopólio médico. Entretanto, no âmbito da estrutura coletiva, então aceita, os médicos continuaram livres para determinar as condições da relação médico-paciente. Em outras palavras: em um mercado organizado e um monopólio protegido também havia um espaço onde o médico podia atuar livremente, o da relação médico-paciente. <sup>10</sup>

# A ideologia liberal e o desenvolvimento da profissão médica: uma vitória por meios simbólicos

A vitória dos médicos foi, em grande parte, uma vitória alcançada por meios simbólicos. A vitória de uma ideologia que mais tarde revelouse uma das melhores armas da profissão. Os médicos impuseram as condições, mas as impuseram em nome de *princípios* que, assim alegavam, constituíam os verdadeiros e eternos princípios da medicina: o caráter individual e irrestrito da relação médico-paciente considerada como a legitimação da prática privada. Quando se estudam os escritos médicos do período, fica-se impressionado com a intensidade do debate, com a multiplicidade de livros e artigos que tentaram estabelecer os "verdadeiros princípios da prática médica". Durante esse período foram também publicados numerosos tratados de ética médica<sup>11</sup> que discutiam estes prin-

<sup>10</sup> Foi-me sugerido que uma situação muito semelhante existiu na Grã-Bretanha em relação às negociações entre o governo e a profissão em torno de Ato Nacional de Seguro Saúde de 1911. Este talvez seja um tópico interessante para um estudo comparativo.

<sup>11</sup> Por exemplo: Brouardel, P. Le Secret médical, Paris, 1887: Brouardel, P. L'exercice de la profession médicale et le charlatanisme, Paris, 1899, Juhel-Renoy, Vie professionnelle et devoirs du médecin, Paris, Doin, 1892, Legendre, P. e Lepape, G. Le médecin dans la société contemporaine, Paris, 1902; Martin, E. Précis de déontologie, Paris, Masson, 1914; Morache, G. La profession médicale, ses droits, ses devoirs, Paris, Alcan, 1901.

cípios e embasavam a ideologia da medicina liberal (la médecine libérale). Os argumentos sucediam-se em três frentes distintas.

Primeiro, os argumentos favoráveis à liberdade de ação na relação médico-paciente situam-se no contexto da ideologia liberal, que predominava na França naquela época. Entretanto, cabe ressaltar que a ideologia médica pode ser diferenciada da doutrina puramente liberal: a liberdade exigida pela profissão médica, no conjunto das leis sociais, não era a liberdade unicamente individual do profissional isolado, como existira cinquenta anos antes. Tratava-se da autonomia de um grupo profissional, no sentido em que utilizamos atualmente o termo: a autonomia de um grupo organizado. Contudo, a semelhança de vocabulário com o de uma doutrina estritamente liberal assegurava uma receptividade favorável junto à burguesia francesa. 12

Segundo, os médicos eram capazes de impor sua visão como a que melhor incorporava a essência e a tradição da medicina. Eles estavam, neste caso, tipicamente engajados em um processo de construção social da realidade, por serem capazes de impor sua própria retórica como a definição da verdadeira essência da medicina. Consideremos, por exemplo, o caso da livre escolha dos médicos pelo paciente. Os médicos insistiam em afirmar que ela representava um de seus mais antigos, valiosos e tradicionais princípios. Na verdade, pode-se dizer, ao contrário, que, para os médicos franceses, a livre escolha, antes da Revolução, era privilégio de pacientes ricos e poderosos, membros de uma aristocracia e quase sempre com um status social mais alto que o do médico. Para o médico, "livre escolha" era mais um constrangimento do que um princípio que valesse a pena reivindicar. Mas, como o mercado médico no final do século XIX tendia a ser constituído por membros de uma classe social inferior, a liberdade de escolha não era mais uma ameaça à profissão médica e podia então ser reivindicada como um princípio básico.

Terceiro, é durante esse período que a aproximação da liberdade dos médicos e do interesse dos pacientes — uma idéia cujo sucesso posterior nós conhecemos — aparece reiteradamente nos escritos médicos. Mais uma vez, livre escolha é uma noção chave. De fato, é fácil encontrar ambigüidades. Por exemplo, no caso da lei referente a acidentes de tra-

<sup>12</sup> Há uma suposição (ver os trabalhos de Eliot Freidson e de Michel Foucault) segundo a qual o vínculo do médico à sua liberdade de prática e à relação puramente individual com seu paciente derivam da própria natureza do trabalho médico. Pretendo mostrar que, no caso francês, pelo menos, estas orientações são parte de um contexto ideológico mais amplo da França do século XIX tanto quanto um reflexo da qualidade específica da atividade médica.

balho, interessa ao trabalhador que sofreu um acidente recorrer a um médico escolhido por ele, no qual tenha confiança em lugar de consultar um médico escolhido e pago pela empresa em que trabalha. Quanto a esse ponto, cabe ressaltar que os argumentos de certos grupos de esquerda médica eram semelhantes aos dos sindicatos de trabalhadores. Mas, no conjunto, fica claro que a *livre escolha* favorece primeiramente ao médico. Por exemplo, no caso das relações entre médicos e sociedades de beneficência mútua, exigir livre escolha do médico pelo trabalhador, como idéia oposta à de um contrato exclusivo estabelecido entre a sociedade e vários médicos, contribui para manter o acesso ao mercado da classe trabalhadora aberto a todos os médicos de uma localidade particular.

### Dois conflitos entre o estado e a profissão médica

O período de 1880 a 1910 mostra-nos, portanto, a formação da profissão segundo seu modelo moderno, e a formalização das tendências médicas em uma ideologia bem definida. O período de 1920 a 1930 irá nos mostrar, no que diz respeito ao conflito sobre a previdência social, como esta ideologia cristaliza-se em uma doutrina desenvolvida, e poderemos avaliar sua eficácia na vitória da profissão médica. Entre 1950 e 1960, outro conflito surge, conhecido como o do *entendimento direto*, <sup>14</sup> mas a ideologia médica liberal tinha então perdido seu impacto e, nessa época, havia uma progressiva restrição da autonomia profissional. Fazendo-se uma breve análise dos dois conflitos, o essencial é mostrar por que, no primeiro caso (a batalha pela previdência social), os médicos venceram, e por que, no segundo caso (em 1960), eles perderam.

Em 1920, o Estado desejava criar um sistema de previdência social que cobrisse as despesas médicas de uma grande parte dos trabalhadores assalariados (aqueles cujo salário não atingisse um certo teto). O plano inicial do governo era estabelecer um sistema de pagamento a ser efetuado por uma terceira parte e contratos coletivos entre os escritórios de previdência social e os sindicatos médicos. Os médicos, inicialmente divididos, lentamente mobilizaram-se e recusaram-se a aceitar o sistema. Eles constataram que, neste sistema, uma parte considerável do mercado médico escaparia da relação livre entre médico e paciente, pela qual tinham lutado

<sup>13</sup> Ver Raoux, F. Naissance de la corporation médicale, dissertação não publicada, 1979.

<sup>14</sup> Hatzfeld, H. Le grand tournant de la médecine libérale, Paris, Editions Ouvrières, 1963.

tanto. Para eles, a própria noção de profissão liberal estava agora ameaçada: eles enfrentaram a batalha e ganharam. As leis de 1928 e 1930 mantiveram o sistema de pagamento direto do médico pelo paciente. Todo médico, segundo o que ficou conhecido como *princípio de contrato direto*, tinha liberdade para determinar o valor de seus honorários para cada paciente. Todos os pacientes eram reembolsados com uma quantia idêntica pelo escritório da previdência social, qualquer que fosse a sua despesa.

O período de 1950 a 1960 representa o segundo período conflitante. Em 1945, a previdência social foi estabelecida, o que significou uma generalização da previdência social para todos os empregados assalariados, e lentamente para toda a população. No início, entretanto, o sistema de 1930 estava ainda em funcionamento: o paciente pagava ao médico diferentes honorários, de acordo com o preço estabelecido por cada médico, e a soma fixada através da qual o paciente era reembolsado representava, portanto, uma proporção variável de sua despesa. Não existia então uma real equidade no acesso dos diferentes grupos sociais ao tratamento médico. Durante a década de 1950, o Estado recusou-se a continuar aceitando esta situação e propôs um acordo negociado 15 que estabelecia tarifas médicas através de uma negociação coletiva periódica. Deste modo, o acordo direto chegou ao fim. Novamente os médicos lutaram, mas desta vez perderam. Pelo decreto governamental de 12 de maio de 1960, o Estado estabeleceu, de forma autoritária, um acordo quanto à estrutura da remuneração, renovada em 1971, 1976 e 1980.

Em ambos os conflitos, os médicos empreenderam uma intensa batalha, baseados em argumentos liberais. Em ambos os casos também, eles usaram ao máximo o prestígio do capital simbólico que haviam adquirido. Em 1930, podemos observar a eficácia deste tipo de retórica e a vitória da profissão médica; em 1960, notamos seu fracasso. Cabe considerar algumas das razões que levaram a esses resultados antagônicos.

#### O sucesso de 1930

Entre 1920 e 1930, os médicos puderam aperfeiçoar seus argumentos, dando-lhes uma forma concreta. Em 1927, os sindicatos médicos definiram o que eles denominavam regulamentação médica, dando assim uma forma aos princípios e estabelecendo o termo medicina liberal. Os

<sup>15</sup> Em francês, convention ou conventionnement.

princípios desta regulamentação e a noção de medicina liberal foram mais tarde reunidos em um código de ética médica e adquiriram força de lei quando incorporados à legislação de saúde. Uma segunda razão contribuiu para os vários desdobramentos favoráveis aos argumentos médicos. A noção de relação individual livre, baseada no exemplo do mercado livre, era ainda aceita como modelo de relação social para vários setores da sociedade francesa: pequenos comerciantes, fazendeiros, homens de negócios, que, como empregadores, desejavam opor-se a ela. Devido a seu alto status social, os médicos lideraram o ataque, mas contavam com o apoio de grupos sociais de menor prestígio. Em terceiro lugar, se os médicos tinham condições de encontrar aliados, seus opositores, por outro lado, estavam divididos: os dois principais sindicatos de trabalhadores divergiam, de fato, quanto a previdência social. Um deles concordava com essa iniciativa. O outro opunha-se porque ela era considerada uma legislação reformista. Finalmente, a posição do Estado foi ambígua. Ele quis promover a lei da previdência social, mas estava provavelmente mais interessado no valor simbólico da lei do que em sua aplicação efetiva. Diante da determinação da categoria médica, os políticos decidiram fazer importantes concessões no sentido de obter um acordo por parte dos médicos, mesmo se tais concessões funcionassem em detrimento dos reais interesses do segurado.

#### A derrota de 1960

Em 1960, a situação foi totalmente revertida. Trinta anos mais tarde, os médicos utilizaram exatamente os mesmos argumentos. Mas agora seus discursos soaram anacrônicos e não receberam mais adesões favoráveis de outros grupos sociais. Um segundo fator foi que os sindicatos de trabalhadores e de outros assalariados estavam nesse momento comprometidos com o estabelecimento da previdência social e não autorizariam os médicos a pôr em risco o sistema, com sua resistência. Na verdade, constitui um paradoxo que o prestígio da medicina tenha desempenhado um papel desfavorável para os médicos, na medida em que eles se opunham àquilo que se havia tornado um dos mais importantes valores sociais — o acesso de todas as classes sociais ao tratamento médico. Um terceiro fator foi a mudança na atitude do Estado: com o crescimento da previdência social, que se havia tornado a principal agência de pagamento de serviços de saúde, o Estado estava agora vitalmente interessado em con-

trolar os custos destes serviços. Nós sabemos, além do mais, quão importante este problema tornou-se após 1960. Finalmente, os próprios médicos estavam divididos: se, no início, a categoria por inteiro era muito hostil aos projetos do governo, um segmento foi lentamente sendo convencido a aceitar o *acordo negociado*. Isto foi particularmente verdade no caso dos clínicos gerais da zona rural, cujas clientelas detinham modestas fontes de recursos. Estes médicos encaravam o *acordo negociado* como uma maneira de reembolsar satisfatoriamente seus pacientes e, portanto, como uma maneira de aumentar a demanda por cuidados médicos e melhorar seus próprios ganhos. <sup>16</sup> Assim, devido à necessidade de manter seu mercado, uma mudança de atitude foi produzida em um setor da categoria médica. Os médicos das áreas urbanas, por outro lado, particularmente os especialistas que contavam com uma clientela privilegiada, permaneceram firmemente contrários ao acordo negociado.

Este último ponto revela os limites impostos à autonomia profissional e as razões que levavam à situação de dependência dos médicos com relação à previdência social. Esta dependência tornou-se cada vez mais evidente, apesar das aparentes vitórias da ideologia liberal. A previdência social tornara-se o mecanismo regulador de todo o mercado de serviços médicos: portanto, a maioria dos médicos agora dependia da previdência social para a sua renda. Naturalmente, esta dependência não se aplicava ao próprio desempenho médico. Do ponto de vista técnico, os médicos tinham total controle sobre o tratamento a adotar: a liberdade terapêutica não foi tocada. Mas sua liberdade econômica foi indubitavelmente limitada.

### Medicina na França antes de 1960: uma visão geral

Uma questão importante que apresentei neste artigo refere-se a como os ajustes que caracterizam o sistema de saúde francês foram alcan-

<sup>16</sup> Pode-se indagar por que a categoria não se dividiu igualmente na década de 1920, quando o mercado da assistência médica era ainda consideravelmente mais limitado e o número de pessoas pobres era ainda maior. Mas, naquele tempo, a maior parte dos médicos tinha consciência do risco de que o mercado médico viria a perder a livre relação entre médico e paciente: os médicos teriam que se submeter a honorários fixos — o que mais temiam — e reduzidos. Eles lutaram — e venceram — para obter simultaneamente uma aplicação do mercado e a liberdade na fixação das remunerações. Em 1960, este sucesso nas duas frentes não foi mais possível.

çados. Isto é, como uma prática médica independente, ainda majoritariamente privada, coexistiu com a instituição da previdência social, a qual introduziu a mediação pública na relação individual médico-paciente. A análise apresentada sugere que as relações entre o Estado e os médicos, bem como os papéis da legislação social referente à profissão médica deveriam ser vistos em toda a sua complexidade. A partir aproximadamente de 1880, os líderes da profissão aceitaram certos vínculos com o Estado e com instituições públicas em troca do reconhecimento do *status* médico e de uma garantia do monopólio da profissão. Mas, por outro lado, o *status* então obtido permitiu à profissão médica limitar — pelo menos até recentemente — o escopo desses vínculos e as obrigações que deles resultaram. Partiram, então, desses ajustes mútuos, as bases da autonomia profissional: hoje, entretanto, a independência da profissão médica está em vias de ser reduzida.

A idéia de um mercado médico parece ter desempenhado um papel central nesses acontecimentos. No início, os médicos concordaram em cooperar com a legislação social, visando ampliar seu mercado. Mas, na medida em que se tornaram dependentes desse mercado regulamentado pelo Estado, sua autonomia foi enfraquecida. Também procuramos mostrar que a ideologia da medicina liberal pode ser considerada como a mais importante arma da profissão nesses conflitos que foram, em grande parte, simbólicos. Entretanto, a ideologia médica não deve ser considerada in abstracto, distanciada das relações sociais nas quais se insere e das quais depende para sua efetivação. Dois pontos parecem ser importantes neste caso: se examinarmos a evolução da estrutura social da profissão, notaremos a importância da dinâmica das relações entre diferentes setores da categoria médica. Os médicos eram unidos ou não? Quais as clivagens que os dividiram diversas vezes? Em todos estes conflitos que opuseram os médicos ao Estado, especialmente quando se tratava de impor uma retórica médica, este elemento de solidariedade de grupo foi decisivo. Deveríamos assinalar que as relações entre médicos e Estado também envolveram outros atores e grupos sociais, opositores ou aliados da profissão médica, sem levar em conta sua situação em um contexto social mais amplo.

### Situação atual e conclusões

É possível concluir explicando rapidamente como a situação mais ou menos se manifesta hoje. De 1960 a 1980, os médicos franceses len-

tamente aceitaram o sistema de acordos negociados. Em 1978, 98% deles haviam aceito este tipo de acordo e, embora sua liberdade econômica fosse inquestionavelmente restringida, este sistema de fato os favoreceu economicamente. A renda do médico cresceu principalmente durante o período seguinte ao primeiro acordo, negociado em 1960. Entretanto, em 1980, quando chegou a hora de renegociar os acordos, surgiram novos conflitos. Hoje, na França, como em muitos países ocidentais, o controle dos custos do sistema de saúde e o que é conhecido como déficit da previdência social tornaram-se problemas da maior importância: isto explica a completa mudança na concepção estatal de reembolso das despesas médicas. O governo francês tentou recriar um setor da prática médica independente cujo custo não constituísse, do mesmo modo, uma carga para o orçamento coletivo. A alguns médicos foi mais uma vez dada a liberdade para estabelecer os preços de suas consultas, das quais apenas uma pequena porcentagem era reembolsada pela previdência social. É interessante notar que este sistema foi bem recebido por especialistas do meio urbano; por outro lado, muitos médicos, especialmente clínicos gerais, recusaram esta liberdade. No outono de 1980, os sindicatos médicos mais importantes mobilizaram-se para defender a previdência social.

Com as mudanças políticas que se seguiram às eleições presidenciais de maio de 1981, esta política não foi abolida. A autonomia profissional, porém, é ainda mais diretamente desafiada hoje em dia do que o foi no passado, e não é mais simplesmente uma questão relacionada com a independência econômica do médico. O controle dos gastos com saúde vai muito além do problema do controle dos honorários médicos e, como em inúmeros países, o Estado está tentando estabelecer vários procedimentos que racionalizariam e tornariam homogênea a atuação médica nos diagnósticos, prescrições e tratamento. A idéia de *perfis médicos* que permitem o estabelecimento de padrões para a prescrição e o tratamento, assim como as tentativas de reduzir a quantidade das prescrições como um todo, são, ambos, meios de controle de custos. Parece provável que a consequência fosse a limitação da liberdade do médico em praticar a medicina de acordo com seu próprio julgamento clínico.

Entretanto, esses regulamentos são certamente mais fáceis de serem criados do que implementados e, até agora, os médicos têm tido várias maneiras de evitar as tentativas de restringir suas atividades, especialmente quando inexistem sistemas de controle. Por outro lado, se a liberdade individual de cada médico corre o risco de ser diminuída, a autonomia profissional como um todo não está necessariamente reduzida. Os pa-

drões que permitem a racionalização do desempenho profissional podem ser, em última análise, promovidos apenas pelos próprios médicos, e particularmente pela elite médica científica que trabalha nas escolas médicas e hospitais universitários. A profissão médica enquanto tal permanece, através de sua elite acadêmica, a única entidade autorizada a definir o que é uma boa prática médica. Mas este último aspecto talvez possa acentuar as clivagens que, mais que nunca, dividem a categoria médica, basicamente entre a elite e os clínicos gerais. Temos visto que esta situação não tem sido favorável à profissão médica. Sua coesão e seu domínio parecem ter caminhado sempre de mãos dadas.

### Alguns aspectos da história da medicina brasileira

Lycurgo de Castro Santos Filho

Meus caros companheiros de mesa, caros ouvintes. Vou falar apenas sobre alguns aspectos, porque para falar sobre tudo seria impossível; alguns aspectos da história da medicina, aspectos interessantes.

Quando o Brasil foi descoberto, a patologia reinante era pequeníssima. Pode-se enumerar o bócio ou piã. Sabem o que é bócio, não é? É uma virose que produz bolhas pelo corpo. O bócio endêmico também existente aqui, naturalmente talvez por causa da água iodada, segundo as crenças antigas. Desinteria, algumas doenças, pleuris, pneumonias, doenças inflamatórias, dermatoses e ferimentos (ferimentos de guerra, ferimentos de acidente, e tal), e mais nada.

Começa a civilização, e vem o negro e vem o branco. O negro traz uma patologia riquíssima da África: é a dracunculose, é o gundu, o ainhum, a filariose, enfim, inunda-se o país de doenças africanas. Basta que os séculos corram e não havendo mais o vetor, essas doenças foram por si desaparecendo.

O maculo por exemplo, para dar uma amostra interessante, era o *Mal de Culo*. Consistia, sabemos hoje, numa retite infriltrativa, ulcerante, complicada pela miíase. O ânus ficava exposto, cheio de gusanos. Então, inventaram um tratamento que é uma verdadeira barbaridade. Punham o paciente de cabeça para baixo, encostado na parede, seguro por duas pessoas, abriam as pernas e dentro do ânus enfiavam o que se chamava "saca-trapo", uma massa de pimenta, vinagre, verdete, tabaco, tudo o que pudesse ser irritante. Enfiavam, fechavam as pernas e as amarravam, e deixavam o coitado sofrendo por umas duas horas.

O holandês Guilherme Pizo, no livro que escreveu sobre a medicina brasiliense, descreveu a doença, o maculo; e disse que o tratamento

<sup>1</sup> Transcrição revista da gravação da conferência proferida no seminário *Medicina no Brasil:* perspectivas históricas e sociológicas, em 14 de outubro de 1992, no Salão Internacional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

seria facílimo: lavar com água do mar. Seria um tratamento higiênico, preventivo.

Vejam bem, um negro trabalhando no eito, com a foice, sem poder largá-la. Vinha a vontade de obrar e ele defecava ali mesmo no campo; não se limpava. Resultado, vinham as moscas e se instalavam no ânus, provocando a ulceração que chamaram de *Mal de Culo*, tema de um dos primeiros livros da bibliografia nacional.

Depois das doenças dos negros, ou concomitantementes, vieram as doenças dos brancos trazidas da Europa: tuberculose, lepra (diziam que talvez existisse nas Antilhas, mas não está nada provado), e outras doenças. Essas e as outras doenças compõem a patologia moderna. Vieram trazidas pelos brancos, principalmente a tuberculose, a varíola, a febre amarela. Essas doenças provocaram verdadeiras epidemias, pois não havia entre os indígenas aquela imunidade adquirida em gerações. E eles, que somariam no início cinco milhões, chegaram ao século XIX reduzidos a 200 mil.

A primeira epidemia de febre amarela, em Salvador da Bahia, matou o capitão-general do Brasil, o arcebispo de Salvador, três desembargadores, oito jesuítas; enfim, fez uma razia na cidade. Era uma epidemia que afinal extingui-se, cessou, para voltar só no fim do século XIX e tornar-se endêmica. Todos sabemos da ação de Oswaldo Cruz contra a febre amarela.

O Brasil, que antes era uma terra de poucas doenças, tornou-se até um país mal afamado. Havia na Europa, nos portos de embarque para a América do Sul, avisos assim: "Este navio não tocará em portos do Brasil".

E que foram e quais foram os profissionais que aqui exerceram a medicina? Os que vieram no século XVI e também no século XVII eram todos cristãos novos, filhos de um pai (ou mãe) cristão e judeu. Eles vinham fugidos, vinham para escapar da inquisição que já estava instalada em Portugal, e aqui se espalharam pelas povoações do litoral e também em algumas do interior.

E que medicina era essa que eles exerceram? A mais rudimentar possível, de poucos conhecimentos, levando o arcebispo do Pará, D. Frei Caetano Brandão, a dizer no século XVIII: "É preferível a gente tratar-se com um tapuia do sertão do que com um médico de Coimbra." E por que? Porque o tapuia do sertão observa com melhor instinto.

Mas esses cristãos novos, esses que se constituíram nos profissionais daqui, eu consegui descrevê-los aproveitando trechos de livros que publicaram. As confissões e denúncias ao Santo Ofício no Brasil foram a

minha principal fonte com os melhores e maiores informes. Os denun-

ciados já haviam morrido.

Havia um famoso vigário em Matoim, no final do século XVI, que era um terrível bissexual, mantinha relações pelo vaso traseiro e pelo vaso dianteiro. Pois bem, esse compareceu ao Tribunal e era pároco de Matoim, perto de Salvador.

E assim, então, pelas confissões e denúncias, ficaram conhecidos todos os pormenores da vida dos cristãos novos, que não se fixavam por muito tempo num só lugar, viviam como ambulantes, mudando de local

com grande frequência, nos séculos XVI e XVII.

Já no século XVIII, surgiram funcionários melhores, de melhor instrução. Eram os formados em Salamancra e em Coimbra, os licenciados,

físicos e cirurgiões.

Médico em inglês é *physician*, e o físico então era um médico. Os que vieram para a colônia conheciam os medicamentos da Europa, desconhecendo os daqui. Tiveram então que estudá-los. Por quê? Porque os que traziam se esgotavam num instante. Então, foram descobertas as propriedades terapêuticas dos vegetais brasileiros, a partir do século XVII. E para esse conhecimento muito contribuiu o padre jesuíta, que indagava do indígena o que ele estava tomando, o que ele estava fazendo, o que o pajé etc. E assim, os jesuítas foram descobrindo as virtudes da ipecacuanha e de medicamentos como a copaíba. O óleo de copaíba é até hoje usado.

Quais são, no século XIX, os profissionais da medicina no Brasil? São os doutores formados nas faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia, que defendiam tese e possuíam orientação francesa. Os compêndios eram todos em francês. Muitos dos aqui formados iam para a Europa para se aperfeiçoarem.

Assim tivemos ótimos médicos que não deixaram, entretanto, de incorrer em muitos equívocos, como por exemplo, o grande Tôrres Homem, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ele publicou um livro sobre as febres, onde defendeu em páginas e páginas uma síndrome que seria a "tifo-malárica". E assim, como essa, muitas outras, vamos dizer, impropriedades.

O meu avô era médico e residia em Guaratinguetá. Pois publicou, em 1882, um artigo sobre a tuberculose, dizendo que não era contagiosa. E ele já estava tuberculoso! Daí uns quinze dias recebeu jornais da Corte, que era no Rio de Janeiro, noticiando que na Alemanha, Robert Cocke havia descoberto o bacilo da tuberculose. Ele imediatamente enviou um artigo dizendo: "Tenho que me penitenciar pelo que escrevi dizendo que

a tuberculose não era contagiosa. Ela é contagiosa, de acordo com o que acaba de ser divulgado pelo sábio Robert Cocke."

Vejam o que era a incipiente ciência que veio desaguar no século XX. A cirurgia da época consistia em lancetar, abrir os abcessos, amputar e desarticular. Era nisso que se cifrava a cirurgia durante os 400 anos de colonização, depois da descoberta do Brasil. Os ferros cirúrgicos cabiam num pequeno estojo. Eu possuo o estojo de cirurgia adquirido pelo meu bisavô, que era médico. Ele saiu do Rio de Janeiro em navio à vela, porque a passagem era mais barata do que em navio movido à máquina. Foi para Paris para adquirir um estojo de cirurgia e trouxe esse estojo que servia (Pasteur ainda não havia descoberto os micróbios) tanto para fazer uma operação quanto para fazer uma autópsia ordenada pelo delegado de polícia. Como ele era um indivíduo de costumes higiênicos, costumava lavar os ferros com água e sabão, mas não podia ferver pois os cabos eram de madeira. O ferro, sim, era puro aço Charrier.

Este livro aqui, que ora eu mostro, apresenta aspectos da história da medicina na América Latina e foi editado em Nova York. Traz no meu artigo, que apresentei na comunicação, o estojo aberto. Acharam interessantíssimo. O estojo fechava com apliques dourados.

A primeira operação de ligadura da aorta abdominal no Brasil foi a quarta no mundo. O Visconde de Itaúna, professor Cândido Borges Monteiro, sabendo que em Londres tinham sido feitas três operações de ligadura da aorta abdominal mandou vir as publicações e repetiu a cirurgia. Apesar do êxito cirúrgico, morreram os pacientes.

No caso de aneurisma da artéria aorta primitiva, ele usou a mesma técnica de Joe Mourrih, em Londres. Era o ano de 1842, e o paciente de Mourrih morreu no 12º dia do pós-operatório. Por quê? Porque supurou a ferida operatória, lacerou a sutura e deu-se a hemorragia da aorta.

A mesma coisa aconteceu no Rio de Janeiro com o Visconde de Itaúna: o seu paciente foi operado, passou muito bem, até que no 12º dia morreu. Ele fez a autópsia. Havia sido também por soltura do categute. Essa operação foi comemorada por Augusto Brandão Filho. Em 1942 mandou imprimir, à custa própria, uma medalha com a efígie do Visconde de Itaúna numa face e na outra gravou: "Centenário da Operação da ligadura da Aorta Abdominal". Tivemos, então, médicos competentes, mas que naturalmente sofreram as deficiências da época.

Esses ferros que estão aí sendo mostrados serviram para operar a minha bisavó. O marido dela, José Manuel de Castro Santos, foi quem comprou os ferros em Paris. Certo dia ela disse que estava com um "ca-

rocinho". Ele respondeu: "Minha mulher, isso é um cancro", como se dizia antigamente e até há pouco tempo. Quando cursei a faculdade aprendi que não se falava *câncer*, mas *cancro*. "Vai ter que tirar", disse à mulher. Foi ela sentada numa cadeira da sala de jantar da chácara, amarrada. Deram um naco de tabaco para mascar. Ela não quis anestesia, que já existia, com a máscara de Ombredane. Havia visto muitos pacientes do marido morrerem da anestesia. Ela disse: "Não, eu não quero não, vai sem anestesia mesmo". Bem, logo nos primeiros cortes, ela desmaiou; aí pôde ser feita a operação. Eu vim a conhecê-la, morreu com cem anos de idade em 1921. E o marido morreu cinco ou seis anos depois que havia operado a mulher.

Apareceu no Rio de Janeiro o Dr. José Francisco Xavier Sigaud, médico francês que aí exerceu a profissão e aí veio a falecer em 1856. Publicou ele o livro *Du climat et des maladies du Brèsil* (Paris, 1844), livro que pode ser comparado a qualquer tratado de patologia europeu. Foi ele, no Rio de Janeiro, o primeiro diretor do Imperial Instituto dos Meninos Cegos. Nesse livro de Sigaud encontrou-se toda a patologia da época, e principalmente aquela vigente no Brasil. É uma fonte documentária muito boa.

No século XIX surgiram as faculdades de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Por estar longe da Corte, a escola da Bahia não tinha as mesmas condições que a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Casos interessantes aconteceram aqui em matéria de medicina. Por exemplo, o tratamento da lepra pelo veneno da cascavel foi um verdadeiro acontecimento no Rio de Janeiro. O *Jornal do Commercio* da época, meados do século XIX, descreveu a cena: havia sessenta pessoas na casa do leproso. O Dr. Jacinto Pereira Reis, notável médico do Rio de Janeiro, mandou vir uma gaiola com uma cascavel e fez com que o doente enfiasse a mão dentro da gaiola. Sabem o que aconteceu? A cobra se enrodilhava toda, não queria picar, foi preciso espicaçá-la do lado de fora da gaiola para ela então dar uma mordida. Vinte e quatro horas depois o homem morreu.

Um outro caso muito interessante foi o do Dr. Antônio José Peixoto, um dos maiores médicos do Rio de Janeiro, que possuía Casa de Saúde, a primeira Casa de Saúde. Ele tinha a mania de namorar francesas, era casado com uma francesa e mantinha duas amantes também francesas. Eis que surgiu, no Rio, Amelinha Melgi, uma atriz que viera com o marido, componentes de uma companhia de artistas. E Peixoto, naturalmente, achou-a muito bonitinha e namorou-a. Ela foi vista entrando e saindo

do consultório de Peixoto várias vezes. Naturalmente mantiveram relações sexuais. Contaram ao marido e este matou-a. Foi a julgamento e o júri o absolveu. Foi carregado em triunfo por populares das Ruas da Quitanda e do Ouvidor. Peixoto, quietinho, nada comentou.

Afinal, um dia ele subornou o guardião do Convento de Santo Antônio, onde estava enterrada a francesinha, retirou o cadáver e levou-o para o consultório, à noite. Foi ajudado, diziam na época, pelo futuro Barão de Teresópolis, Francisco Ferreira de Abreu, professor da Faculdade de Medicina. Pesquisei o assunto e concluí que o Barão de Teresópolis nada teve a ver com a trama.

Peixoto colocou o corpo dentro de um caldeirão. Conseguiu limpar todos os ossos, armou o esqueleto e colocou-o no consultório. Populares deram queixa à polícia e, interrogado, o médico disse que o esqueleto era da francesinha mesmo e que iria enviá-lo para Paris, onde morava a mãe da atriz. E, de fato, acondicionou os ossos e no primeiro navio despachou-os para Paris. No navio seguinte, seguiu para Paris. Lá chegando, foi à alfândega. Os ossos não tinham sido reclamados pela mãe da mocinha. Ele reclamou-os como um membro da família. Pegou os ossos e... enterrou-os num cemitério.

E aqui encerro a exposição. Espero que tenham apreciado. Se quiserem fazer alguma pergunta, estou à disposição.

#### Profissão médica no Brasil

Pedro Miguel dos Santos

#### Introdução

A crescente preocupação nos meios acadêmicos brasileiros, que interagem com o movimento social de construção de um modelo de atenção à saúde que cumpra as premissas de resgate de cidadania apontadas na Constituição de 1988, tem levantado problemas que requerem uma abordagem criativa no sentido de que se superem os entraves ao avanço desta construção.

O posicionamento dos distintos atores envolvidos neste processo tem sido objeto de diversos estudos que levantam para as autoridades do sistema de saúde, e para a sociedade em geral, novos enfoques de abordagem teórica que reclamam uma tradução prática no dia a dia do sistema, principalmente por parte de seus gestores.

A partir desta dificuldade, busca-se, vislumbrando o processo de construção da profissão médica no Brasil, tratar de pontos que parecem fundamentais para a elucidação de posicionamentos destes profissionais que têm suas origens em planos mais subjetivos de sua própria trajetória de afirmação de projeto profissional e que, em última análise, concorrem positivamente ou mesmo negativamente para o avanço das reformas necessárias ao setor.

Neste capítulo aborda-se a consolidação da profissão médica no Brasil e analisa-se a trajetória destes profissionais em nosso meio — levantando-se questões para a reflexão de seus interesses — e, também, faz-se a análise de problemas percebidos por uma parcela de representantes desta categoria profissional, mais exatamente autoridades profissionais das instituições médicas do estado de Pernambuco.

Cumpre alertar que a compreensão das questões levantadas no caso pernambucano (micro) só pode ser alcançada levando-se em conta a influência do processo nacional (macro), e que esta divisão da realidade só

tem pertinência para a análise mais aprofundada, reconhecendo que a vida das organizações sociais, como as profissões, concretamente não é desconectada de fatores mais gerais que a moldam e a limitam.

# Primórdios da profissionalização médica no Brasil: o início da formação de médicos no Brasil

A medicina adquiriu cunho científico, mais exatamente no século XIX, a partir da introdução dos métodos de produção de conhecimentos científicos. Caso exemplar é o das alterações introduzidas no ensino médico nos Estados Unidos, que influenciou toda a prática e formação médica ocidental. Isto se deu no início do século XX, a partir do que chamamos *episódio Flexner*, marco de afirmação da nova tendência de formação dos médicos. Naquela época o ensino médico era estruturado de forma incompatível com as novas necessidades de um novo profissional, com capacidade para a intervenção em escala mais ampla nas questões de saúde, exigência imposta pelo desenvolvimento capitalista. O quadro era caótico. Os cursos eram constituídos de forma anárquica, variavam em duração, tinham objetivos distintos e diferentes critérios de admissão. O setor privado promovia a mercantilização desenfreada, buscando daí auferir lucros.

Divulgado em 1910, sob encomenda do governo americano, o relatório Flexner orientava para que este: definisse padrões de admissão para os cursos e ampliação dos anos de formação; utilizasse o ensino nos laboratórios; estimulasse o regime de docência em tempo integral; utilizasse o ensino clínico nos hospitais; vinculasse as escolas médicas às universidades; priorizasse a pesquisa biológica, apoiando a base empírica da prática médica; estimulasse as especializações; promovesse a união do ensino com a pesquisa e, por fim, estimulasse o controle do exercício profissional pela própria corporação médica.

Esta nova versão do ensino médico utilizou a visão mecanicista do objeto profissional, fazendo crer que o corpo fosse divisível em partes, à semelhança de uma máquina. A totalidade corporal passou a ser vista como a soma das partes. A forma de atuar neste novo objeto baseou-se nas ciências que se desenvolviam aceleradamente. A biologia, a física, a química, a citologia, a histologia, a microbiologia e outras, passaram a nortear o combate aos agentes agressores, que se não visíveis ainda, certamente no futuro seriam identificados. A individualização do objeto,

restrito ao corpo dos pacientes, reduziu a visão do coletivo em que os homens se inserem, abolindo a atuação *mais epidemiológica* da medicina, e de seus profissionais.

Ao ser concebida, na proposta 'cientificista', a medicina como uma ciência, tal qual a física, a química e a biologia, que constituem seu suporte, a prática médica é conseqüentemente compreendida como aplicação e produto dessa ciência [...] Reconhecendo nesta identidade metodológica e no desenvolvimento destas ciências-suporte, os elementos básicos que levaram à passagem de uma prática médica 'empírica' para uma prática 'cientificamente fundamentada', a prática médica só poderia ser entendida como indissociável da investigação científica. (Schraiber, 1989)

Esta nova representação de objeto e da forma de atuar sobre ele, moldou o perfil da profissão médica moderna. O médico ganhou dimensões importantes na sociedade, por exercitar tarefas estratégicas na esfera das relações de produção. A manutenção da força de trabalho, a administração do ambiente urbano passaram a ser identificados como temas exclusivos da profissão, que se conformava para tal. Esta conformação da prática e da teoria, bases da profissão médica, deram as qualidades gerais diferenciadoras em relação às demais ocupações.

Diferentemente das ocupações, a profissão assume duas características. A primeira indica que o trabalho profissional é técnico, baseado num sistema de conhecimento ou doutrina adquiridos apenas através do treinamento; a segunda revela que o profissional se adequa a um conjunto de normas profissionais. A base de conhecimento que suporta a profissão tem origem técnica, científica ou ambas. O estudo intelectual especializado, bem como o treinamento têm como finalidade prestar serviços e/ou orientação aos clientes por salário ou pagamento definidos (Carr Saunders, 1966).

No início do século XIX, com a chegada da Coroa, o Brasil passa a ser considerado Reino Unido, representando uma ruptura importante com o panorama anterior. No que refere à formação de médicos, as primeiras mudanças são percebidas a partir de 1808, com a criação da primeira escola de medicina, a Escola de Cirurgia na Bahia, através da Carta Régia de 18 de fevereiro do mesmo ano.

D. João atendia, assim, a uma sugestão de José Corrêa Picanço, cirurgião formado pela Universidade de Coimbra que havia acompanhado a Família Real até o Brasil. Nove meses após, foi criada, também por decreto real, a segunda escola do país a Escola de Cirurgia do Rio de

Janeiro. Neste mesmo ano, Corrêa Picanço foi nomeado cirurgião-mor do Reino, Estado e Domínios Ultramarinos, assim como o Dr. Manoel Vieira da Silva, nomeado físico-mor. Extinta a Junta de Protomedicato, instância sanitária criada anteriormente na Colônia por D. Maria I,² passa a ser atributo das duas autoridades nomeadas o poder de instituir bancas examinadoras para a concessão do título de cirurgião ou médico.

O desempenho inicial das primeiras escolas médicas brasileiras parece não ter rompido com a situação anterior, sendo seu desempenho questionado por alguns historiadores da medicina:

Estas duas escolas [...] constituíram apenas os pontos de partida para o ulterior cultivo sistematizado da ciência, eram quanto havia de mais rudimentar e deficiente. Para cursá-las, apenas exigia-se do candidato que êle "soubesse lêr e escrever" e nada mais. Do curso médico-cirúrgico propriamente dito o aluno somente adquiria noções teóricas de anatomia, de fisiologia e de patologia, praticando qualquer coisa de clínica cirúrgica, na Escola Baiana, e estas disciplinas e mais terapêutica e arte obstétrica, na do Rio de Janeiro. [...] as atribuições que tais escolas conferiam a seus alunos eram muito restritas: pouco mais que as fornecidas aos charlatães e meizinheiros pela junta de Proto-medicato, instituição muito poderosa naqueles tempos e que conferia, sem mais delongas, licença a seus afeiçoados para exercerem a medicina em qualquer localidade do Brasil. (Freitas, 1944)

Já em 1813 essas escolas sofrem uma reforma passando a serem chamadas de Colégios Médico-Cirúrgicos, ampliando, inclusive, o número de cadeiras. Em 1826 foi outorgada por D. Pedro I a lei que autorizou as escolas médicas brasileiras a conferirem cartas de cirurgião ou cirurgião-formado e de médico aos alunos concluintes. A partir de 1831, a Regência Trina criou as faculdades de medicina, agora já com 14 cadeiras e 6 anos de curso. Na mesma reforma é constituído o curso de parteiras

<sup>1</sup> A Junta de Protomedicato compunha-se de sete membros ou deputados, físicos ou cirurgiões, e de um corpo de funcionários.

<sup>2</sup> Santos Filho (1991) descreve assim as funções da Junta de Protomedicato: Os representantes das autoridades reinóis aqui examinavam candidatos às "cartas de examinação" para o exercício de cirurgião-barbeiro e barbeiro, cassavam diplomas e licenças, inspecionavam as boticas, interferiam nos preços das drogas, vistoriavam hospitais, preconizavam medidas de defesa sanitária em tempos de epidemia e fiscalizavam o exercício da profissão por parte dos físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros e parteiras. Regiam-se por meio de regulamentos, avisos e alvarás periodicamente expedidos.

em 2 anos, e o de farmacêutico em 3 anos. Em 1879 ocorre nova alteração nas faculdades de medicina, através da Reforma Leoncio de Carvalho, aumentando para 26 o número de cadeiras. Ao fim do Império, a Reforma Visconde de Sabóia traz uma grande alteração no quadro acadêmico de então, instituindo o curso odontológico, ministrado em 3 anos. Foi permitida a inscrição de mulheres nos cursos médicos, tendo-se como marco a formatura da primeira doutora em medicina, Rita Lopes Lobato, em 1887, no Rio de Janeiro. Pela primeira vez as mulheres passam a disputar o mercado de trabalho médico.

#### A defesa do território de trabalho

Mudaram as condições de formação, mudaram os médicos. Aquela situação inicial dos três primeiros séculos já se encontrava bastante modificada. Um grupo de profissionais aqui formados buscava o fortalecimento de sua corporação, a defesa da profissão e do mercado de trabalho. A partir de 1832, com a lei de 3 de outubro, a reformulação das escolas define claros limites para o exercício da medicina, reconhece a unificação das atividades médicas (cirurgião, boticário e físico), e o direito do exercício profissional para todos os formados nas escolas brasileiras. Assim expressam alguns dos seus artigos:

art. 11° — As Faculdades concederão os títulos seguintes: 1°) Doutor em Medicina, 2°) de Farmacêutico, 3°) de Parteira. Da publicação desta lei em diante não se concederá mais o título de sangrador. Os diplomas serão passados pelas Faculdades em nome das mesmas, no idioma nacional, e pela forma que elas determinarem.

art. 12° — Os que obtiverem o título de Doutor em Medicina pelas Faculdades do Brasil poderão exercer em todo o Império indistintamente qualquer dos ramos da arte de curar.

art. 13° — Sem o título conferido ou aprovado pelas ditas faculdades, ninguém poderá curar, ter botica, ou partejar, enquanto disposições particulares, que regulem o exercício da medicina, não providenciarem a este respeito. Não são compreendidos nesta disposição os médicos, cirurgiões e parteiras, legalmente autorizados em virtude da lei anterior. (Pires, 1989)

A arte de curar passava a ser de competência legal exclusiva dos médicos formados nas faculdades de medicina, ou por elas legitimados.

Tornam-se profissionais a serem consultados sobre laudos legais, origem de paternidade, autorizações para casamentos, atingindo, assim, posição de destaque na sociedade. A profissão médica, através de vários mecanismos, vai-se transformando e consolidando seu projeto profissional, adquirindo *status*, autonomia, prestígio e mercado de trabalho.

Este prestígio e poder adquiridos pelos médicos foi fator fundamental para o projeto corporativo. Garantia aderência do Estado e aproximava a profissão dos interesses das classes dominantes. Lembramos outros condicionantes para tal legitimação, estes mais afetos a fatores de determinação estruturais da medicina naquela época, dos quais se utilizavam os médicos. Foucault (1978) descreve-os com precisão:

- 1 Aparecimento de uma autoridade médica, que não é simplesmente a autoridade do saber, uma pessoa erudita que sabe referirse aos bons autores. A autoridade médica é uma autoridade social que pode tomar decisões a nível de uma cidade, um bairro, uma instituição, um regulamento. É a manifestação do que os alemães denominavam Staatsmedicin, medicina do Estado;
- 2 Aparecimento de um campo de intervenção da medicina distinto das enfermidades: o ar, a água, as construções, os terrenos, os esgotos, etc. No século XVIII tudo isto se converteu em objeto da medicina;
- 3 Introdução de um aparato de medicalização coletiva, a saber, o hospital. Antes do século XVIII o hospital não era uma instituição de medicalização e sim de assistência aos pobres à espera da morte;
- 4 Introdução de medicamentos de administração médica: registro de dados, comparação, estabelecimento de estatísticas, etc.

Neste contexto, surge em 1829 a primeira associação médica do Brasil, no Rio de Janeiro, com o nome de Sociedade de Medicina. Participante ativa da estruturação das faculdades de Salvador e do Rio de Janeiro, esta Sociedade mantinha estreitas relações com o poder imperial. Em 1835 foi elevada à categoria de Academia Imperial de Medicina, passando a órgão consultivo do Imperador para assuntos de medicina e saúde pública. Como conseqüência de sua atuação, foram elaboradas leis reguladoras do regime sanitário e o primeiro decreto sobre o exercício legal da profissão médica.

Dando sequência a esse movimento corporativo, foram criadas outras entidades semelhantes, como a Sociedade de Medicina de Pernambuco em 1841, a da Bahia em 1848 e a Sociedade de Medicina e Cirurgia em 1887, no Rio de Janeiro, todas buscando o aprimoramento científico

e os aspectos éticos da profissão, bem como o seu fortalecimento junto

ao poder constituído.3

Ampliando a estrutura de representação e organização dos médicos brasileiros, surge em 1927, no Rio de Janeiro, o primeiro sindicato, denominado Sindicato Médico Brasileiro. O contexto da época, com o surgimento do movimento operário nas grandes cidades, o deslocamento para o espaço urbano de grandes parcelas de população, e a necessidade de organização por parte dos segmentos de trabalhadores por melhores condições de vida, fez com que as chamadas profissões liberais se mobilizassem em busca de uma representação mais atuante no campo econômico. O Sindicato Médico Brasileiro constituiu-se no primeiro sindicato de profissionais liberais do Brasil.

Desde sua fundação, o Sindicato Médico Brasileiro tinha como um de seus propósitos organizar um Código de Deontologia. Após o II Congresso Médico Latino-Americano, realizado em Havana em 1926, foi publicado em um de seus boletins, o Código de Moral Médica, que, porém, não conseguiu ser aplicado de fato como referencial para a organização ética da categoria.

Em 1945 foi criado, através do decreto-lei 7.955, o Conselho Federal de Medicina, colocando em vigor o Código de Deontologia Médica. A criação deste conselho havia sido sugerida pelo IV Congresso Médico Sindicalista. Segundo Marinho (1986):

A lei impunha ingerência ainda maior do poder executivo na organização médica que se formava, não só a escolha dos membros do conselho provisório estava a cargo do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, mas também instituía um elemento estranho à classe, sem as devidas qualificações e vínculos profissionais, como árbitro nas questões de ética médica.

No artigo 14°, o decreto-lei expressava:

Ao Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio incube decidir sobre os casos omissos e as dúvidas suscitadas na execução do decreto-lei. (Ramos, 1974)

<sup>3</sup> Tanto as academias ou escolas de medicina do Rio de Janeiro ou da Bahia, como a Sociedade ou Academia Imperial, representam a corporação médica, e é através delas que o grupo médico tenta aproximar-se do poder, oferecendo uma estratégia de organização do espaço urbano, insalubre, poluído de "miasmas" e epidemias (Pires, 1989).

Esta intervenção foi repudiada pela categoria médica, que, por vários mecanismos de pressão, trabalhou contra a efetividade das ações do Conselho. Um deste mecanismos foi a criação da Associação Médica Brasileira (AMB), em 1951. Com características de federação nacional das associações estaduais, a AMB levantou a bandeira da mudança do decreto 7.955, o que ocorreria em 1957 pela lei de número 3.268, que regulamenta a atual estrutura dos conselhos da categoria médica. Cria-se a estrutura do Conselho Federal de Medicina, localizado no Distrito Federal, e os conselhos regionais em cada unidade federativa. Estes conselhos são definidos como órgãos supervisores da ética profissional, julgadores e disciplinadores da classe médica. Adquirem, a partir daí, os conselhos federal e regionais, autonomia administrativa e financeira.

Reduziu-se o espírito intervencionista do Estado, passando para o próprio Conselho as atribuições finais de julgamento ético da categoria, adquirindo esta o direito de compor este Conselho Nacional, devendo eleger dez membros efetivos e seus respectivos suplentes. Entre estes, nove membros são eleitos por escrutínio secreto pelos delegados regionais. O restante da diretoria é eleito pela Associação Médica Brasileira, entidade que congrega as sociedades de especialidades médicas.

Apesar desta nova configuração, o conselho sempre teve forte ligação com o Estado. Sua idealização teve origem no pós-guerra, quando se discutia sobre os deveres estatais que não deveriam ser restritos apenas à direção política e administrativa da nação. Deviam ser ampliados tendo como perspectiva o maior controle da sociedade. Segundo Ramos (1974), esta discussão tinha como base o modelo implantado na Itália e Alemanha, onde haviam sido criadas as Ordens Médicas nos anos anteriores à Segunda Guerra Mundial.

No nível dos conselhos regionais são definidas como atribuições:

Manter um registro dos médicos legalmente habilitados, com exercício na respectiva região; fiscalizar o exercício da profissão médica: conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem; promover, por todos os meios ao seu alcance, o perfeito desempenho técnico e moral da medicina e o prestígio e bom conceito da medicina, da profissão e dos que a exerçam; velar pela conservação da honra e da independência do conselho, e pelo livre exercício legal dos direitos dos médicos. (C. R. M. PE, 1985)

Durante o regime militar, a década de setenta marcou no movimento médico brasileiro um período de lutas. Nos sindicatos surge o REME

(Movimento de Integração e Renovação Médica), colocando estes profissionais na luta por melhores condições de atendimento e assistência à população.

O REME caracterizou-se por uma visão contrária às das parcelas mais conservadoras da categoria, ocupantes das entidades da corporação, tendo como pano de fundo o reconhecimento do assalariamento da maioria dos médicos. O movimento opunha-se ao regime militar, exigindo o reconhecimento dos direitos trabalhistas e aliando-se às lutas gerais dos trabalhadores. Como meta, propunha a reconstrução das entidades médicas, vistas como inoperantes ou atreladas ao regime. Nesta discussão se abordava a necessidade de alteração do Código de Ética então em vigor. Paulatinamente o REME ampliou seus espaços conquistando direções de entidades, primeiramente nos estados onde a discussão política era mais presente, como os estados do sudeste. Posteriormente atingiu outros locais, ampliando a organização dos médicos à medida que o regime militar dava sinais de fraqueza.

Em 1984 a luta pela alteração do código de ética foi atingida, substituindo o Código de Ética Médica de 1965, pelo atual Código Brasileiro de Deontologia Médica Resolução C. F. M. nº 1.154/84. Neste código os profissionais expressam princípios que tratam da afirmação do ideal de serviço, declarando sua responsabilidade para com os pacientes e a sociedade; procuram disciplinar-se no mercado, apontando para uma relação de harmonia entre os pares; promovem o desenvolvimento da profissão a partir do progresso científico desta; assumem a autonomia afirmando condições para o exercício profissional; pactuam quanto ao segredo profissional, comprometendo-se na defesa da profissão e dos pares.

Atribuindo a visão de Wilensky (1970) à trajetória da profissão médica no Brasil, observamos que o processo de profissionalização se constituiu dos seguintes elementos:

Inicialmente, as práticas de saúde desenvolvidas tanto na esfera pública quanto na esfera privada foram se deslocando do grupo de práticos que detinha menores domínios de saberes e técnicas, para aquela parcela mais aplicada nas ações de destaque para a clientela. Estas práticas se

<sup>4</sup> Contudo se os Kassabistas (ala conservadora do movimento médico, assim intitulado por ter em Pedro Kassabi um de seus principais representantes) viam os médicos enquanto profissionais liberais trabalhando em regime de autonomia, o REME os via como assalariados, não reconhecendo a heterogeneidade de formas de inserção da categoria no mercado de trabalho e, que se refletia na multiplicidade dos seus interesses e problemas. (Souza Campos, 1988)

fizeram acompanhar da necessidade crescente pelo tipo de serviço que representavam.

Aliada às transformações políticas do Estado Brasileiro, emergiu a demanda por uma formação mais adequada dos profissionais que atuavam na Colônia. O surgimento das escolas médicas acelera a estruturação deste grupo, que se organiza numa associação nacional para lutar por seus interesses e intervir na própria formação dos novos membros. Fundiramse as habilidades e campos de intervenção dos cirurgiões e físicos num mesmo profissional, o doutor em medicina.

A proteção legal do território de trabalho ocorre a partir da interação dos médicos com as esferas do poder público, visando inibir a prática dos *curiosos* e afins, que anteriormente atuavam em pé de igualdade no mercado. As escolas passaram a promover a diferenciação na qualificação de seus formandos, obedecendo aos preceitos legais de exclusividade de competência para os médicos.

O associativismo da categoria médica cumpriu o papel de organização dos interesses específicos, inicialmente trabalhando em nível nacional, e à medida que a profissão se estruturou, ampliou-se para as regiões e estados. Em sua última etapa de profissionalização, os médicos instituíram o código de ética, de abrangência nacional, conformando definitivamente a *face* profissional da categoria.

# Desafios atuais à profissão médica: o caso da conjuntura pernambucana

Constatamos a existência de fatores que representam dificuldades para a continuidade do profissionalismo médico, compreendido da forma como vínhamos discutindo até agora.

A formação dos profissionais segue apontando para a especialização precoce. Especialização esta exigida pelo mercado, que se orienta para a prestação de serviços que envolvam maior aplicação de capital, com uso direto de tecnologia complexa, principalmente na etapa de diagnóstico durante o ato médico. Tal mercado não atinge a maioria da população de baixa renda, necessitada dos serviços de saúde. Se isto é negativo para a clientela usuária, também é identificado como um fator de crise para o projeto profissional dos médicos.

Poderíamos imaginar que para problemas de tal natureza, a profissão pudesse desenvolver alternativas de redirecionamento em sua prática profissional, reestruturando o seu projeto de grupo coeso em suas afirmações de profissionalismo, resgatando sua premissa de serviço. Esta alternativa não se expressa na prática, pois fatores que já não dependem exclusivamente do universo profissional atuam em direção contrária, reduzindo sua possibilidade de readaptação. Em relação a isto, afirma Schraiber (1989):

... deveria a escola antes de mais nada desenvolver a compreensão do indivíduo como um todo nos profissionais que qualifica, e assim capacitá-los tecnicamente à base de atitudes correlatas a uma tal compreensão. Para tanto, porém, far-se-ia necessário reformular o padrão educacional existente. Este, ao configurar uma capacitação técnica restrita a conhecimentos parcelares, fruto da crescente especialização no conhecimento médico, ao configurar uma capacitação centrada em conhecimentos tão-somente biológicos, e ainda afastada das condições de vida do paciente (dado o seu desenvolvimento basicamente hospitalar), oferece uma qualificação fragmentada, impossibilitando assim a compreensão do indivíduo globalmente...

Ocorre que, desde o momento da formação, a profissão médica enfrenta o dilema entre a afirmação do discurso de serviço, quase sacerdotal, e o *chamamento* dos ganhos mais altos, provocando o que algumas representações da categoria chamam de *perda de referência profissional.* Esta perda tem sido definida como um desestímulo ao melhor desempenho no espaço de trabalho. Para essas lideranças, a tendência à especialização promove um afastamento dos princípios mais propalados na formação.

O especialismo imprime na prática médica limites à sua autonomia e antiga independência diante das situações cotidianas. O médico que, mesmo na casa do paciente, podia solucionar muitos problemas, distancia-se desta possibilidade, requerendo progressivamente o apoio de uma estrutura complexa, normalmente hospitalar, onde estarão à disposição exames e tecnologia que sozinho é incapaz de manter. Como sua formação é primariamente a de um especialista, não há muitas condições onde a criatividade possa auxiliar na ruptura dessa dependência. Considerando tal discussão, Bittar (1991) afirma:

O que deve ser evitado é que a especialização (principalmente a subespecialização) leve à formação precoce de especialistas, o que é

<sup>5</sup> Expressão utilizada por lideranças sindicais e da sociedade científica médica em Pernambuco durante o período de entrevistas que serviram de subsídio para este estudo, 1992.

estimulado através da criação de áreas específicas de ensino e treinamento em faculdades e mesmo nas estruturas organizacionais dos hospitais e, também, como lembra Del Castillo, a multiplicação de especialidades não só limita a uma área o campo da medicina, às vezes a uma técnica, com o que fragmenta em excesso o exercício médico e marginaliza a medicina integral, a que atende o indivíduo como organismo, como ser humano.

Superar essa situação está longe de vir a ser real. Se fosse tão simples bastaria, ao nosso ver, a via da reforma curricular como solução. Há algum tempo já teríamos observado modificações que visassem a redução do chamado *currículo paralelo*, desenvolvido pelos estudantes em espaços extra-acadêmicos, necessários àqueles que pretendam entrar mais rapidamente no mercado após a conclusão de sua formação. Também se teria atuado na, sempre denunciada, baixa qualidade dos cursos médicos.

Esse quadro leva ao fortalecimento dos programas de pós-graduação, *lato sensu* (leia-se residência médica), que se transformam, de fato, numa continuidade da graduação, onde, mais do que a especialização, ainda se pretende que cubram lacunas da formação. Estes programas têm, aos poucos, sido assumidos pelo mercado, tanto público como privado, enquanto critério de qualificação para o desempenho profissional. O trabalho médico daí oriundo será necessariamente parcelado, voltado para tarefas bem delimitadas, exclusivas, aquelas que não apontam para a reintegração do profissional diante do seu objeto. Confirmando a tendência de aumento dos programas de residências, vemos que em 1988 o Relatório Geral da Comissão Nacional de Residência Médica (Bittar, 1991) demonstra que o Brasil possuía 48 tipos distintos de programas de residência, compreendendo as mais diversas especialidades.

Contraditório com o ideal de serviço mas não com a lógica de acumulação do capitalismo, o alto custo que o modelo da medicina científica impõe para sua efetivação, ao qual a profissão se adaptou, é cada vez mais questionado quanto ao seu poder de resolutividade, diante da grande soma de capital necessária à sua execução. A este respeito Singer (1988) afirma:

O avanço da tecnologia médica [...] resultou em impressionante sofisticação do aparelhamento, o que se traduz no aumento do volume de trabalho social dispendido em sua produção. Convém notar que boa parte desta sofisticação tem por fim aperfeiçoar a capacidade de diagnosticar enfermidades cuja cura ainda se desconhece, de modo que sua utilidade quanto à melhoria do estado de saúde da população é

duvidosa. O mesmo pode ser dito da multiplicação de remédios, a maioria dos quais se destinam a aliviar sintomas de males que a medicina não consegue prevenir nem curar.

Esta prática encontra uma relação custo *versus* benefício desfavorável, representando um conflito de difícil solução para os médicos. Se sua atuação é cada vez mais julgada e, talvez num crescente, considerada dispendiosa e ineficaz, o que se atinge fundamentalmente é o núcleo de sua identificação e autoridade pela clientela, que não dissocia — e nada sugere que venha a ocorrer — o profissional médico da parafernália da qual está sendo ao mesmo tempo operador e vítima.

O mercado de trabalho estabelece grandes desafios para o profissionalismo médico. Nas discussões promovidas por representantes da categoria local são apontadas dificuldades na organização dos interesses da categoria de ordem mais geral. Uma delas é que o mercado de trabalho se orienta pelo pagamento de procedimentos, diferenciando aqueles mais onerosos dos mais simples, criando uma pressão para que os profissionais modifiquem sua prática introduzindo exames, técnicas e medicações mais caras, o que os credencia a ganhos mais altos do que os que teriam com terapêuticas menos dispendiosas.

Por outro lado, a política setorial questiona progressivamente os interesses corporativos mais tradicionais. A demanda por mais ações, executadas com maior resolutividade e eficácia, tem utilizado o critério de produtividade nos serviços de saúde. Não é por coincidência que isto é denunciado como um fator de descaracterização profissional por parte das representações políticas médicas. Apesar das resistências e de um ou outro percalço que tal política possa sofrer, inclusive pela oposição dos profissionais, é provável que o critério da racionalização dos serviços, onde a preocupação com custos e benefícios esteja presente, tenda a continuar, encontrando os médicos com grandes dificuldades de adaptação. Como negar a importância de tal postura para a ampliação do acesso aos serviços de saúde por parte da sociedade sem atingir diretamente o trabalho médico?

A atuação do Estado no mercado de trabalho, com forte afluxo de capitais, a partir das necessidades de ampliação da cobertura dos serviços e da própria pressão da população, que vai se tornando consumidora exigente de um padrão mais afeito às suas necessidades, agem de forma decisiva na profissão, provocando efeitos não previsíveis em seu projeto histórico. Com a grande circulação de recursos, despertam, os médicos, de forma crescente, para a criação de serviços privados onde passam a

empregar colegas, assumindo uma postura gerencial e administrativa semelhante ao raciocínio empresarial. Por outro lado, os médicos empregados se movem a partir de interesses mais econômicos, reconhecendo seus empregadores como distintos em seus objetivos profissionais. Esta contradição não parece ter solução em breve tempo, e como consequência tem determinado uma certa estratificação entre os profissionais, surgindo conflitos de interesses inegáveis. Outra repercussão desta diferenciação promovida pelo mercado atua como uma elitização entre os profissionais, onde existem poucos médicos que auferem renda muitas vezes maior do que o restante da categoria, não havendo grande diferença entre os mercados público e privado. A grande maioria dos médicos pernambucanos tem, em última análise, o setor público como fonte de seus vencimentos.

Lembramos, como uma das principais fontes deste desvio, a forma de pagamento por procedimentos, tanto nos hospitais públicos como nos contratados. Mesmo quando os médicos detêm vínculos com tais organizações, esta forma de pagamento, seja o procedimento, seja a produtividade, estimula a busca por maiores ganhos, afastando-os dos princípios éticos da profissão.

Com a burocratização das organizações de saúde o médico enfrenta, cada vez mais, a perda de autonomia. A progressiva redução do mercado tipicamente autônomo, colocando os médicos nas instituições de seguridade, aceitando as formas de pagamento por procedimento e acatando a clientela indicada por tais agências de seguro, apontam para a redução da autonomia e identidade do projeto profissional. Não é demais lembrar que o setor público orienta-se pela readaptação de seu modelo gerencial, buscando muitas das vezes a agilidade empresarial tanto no discurso de seus administradores, quanto na nova rotinização das atividades. O patrão público começa a ter preocupações típicas dos empresários privados, o que pode ser percebido em recente discussão da descentralização das emergências do SUS/PE.

Ocorrem outros desvios profissionais. Dos mais lembrados é o descaso dos médicos para com as condições de trabalho. Não é mais importante a qualidade do local de trabalho, a manutenção dos equipamentos, havendo dificuldades de se observar o código de ética em condições precárias de trabalho, tanto no serviço público como no privado. Os deveres para com os pacientes se chocam com a impossibilidade dos profissionais de transformarem o espaço de trabalho, restando a inconformidade com o próprio desempenho.

Com todos estes fatores ocorrendo, não é à toa que as lideranças da

categoria denunciam um *esvaziamento* das entidades profissionais. Do sindicato à sociedade esta realidade está presente. Como exemplos mais representativos deste afastamento cumpre realçar alguns.

Para a eleição da direção sindical médica em Pernambuco no ano de 1992 convocou-se por duas vezes a inscrição de chapas, o que não se verificou. Surpreendentemente, foi necessário compor uma junta governativa para seguir com as atividades da entidade. Dos cerca de dez mil médicos atuantes nos estado apenas 34% era filiado ao sindicato.<sup>6</sup>

Observamos uma tendência à diminuição da atividade sindical exclusivamente médica, que não deve ser encarada como um fortalecimento das atividades das outras organizações profissionais. Talvez a explicação para isto não seja encontrada no espaço sindical da categoria. O que vem ocorrendo, na prática, é que os médicos iniciam uma aproximação com outros trabalhadores do setor, participando das lutas de forma coletiva, buscando ganhos para seus interesses econômicos, a partir das mobilizações mais gerais, de base setorial. Isto tem colocado em jogo o sentido mais profissional da autorepresentação, afastando os médicos de seu projeto histórico, enquanto corporação. Na verdade, os sindicatos exclusivos de categoria têm tido cada vez mais um menor poder de pressão e barganha junto ao mercado público ou privado, impondo-se como alternativa para os trabalhadores a articulação setorial de sua representação.

Por outro lado, a Sociedade de Medicina de Pernambuco também enfrenta grandes dificuldades. É consenso em sua direção que as sociedades filiadas de especialidades congregam a maior parte dos médicos pernambucanos, esvaziando a representação da sociedade mãe (termo utilizado pelos diretores). As sociedades de especialidades não agem conjuntamente. Têm objetivos distintos, voltados para a discussão de seus interesses mais restritos. Comprovando o que o especialismo provoca no espírito profissional dos médicos, que passam a atuar como profissionais que já não possuem uma identificação recíproca, geral, de objeto único. A mediação entre a categoria só se realiza em momentos muito específicos, cada vez mais reduzidos.

O último congresso médico de Pernambuco foi considerado esvaziado pelos diretores das entidades. Ao mesmo tempo, os congressos de especialidades, quando ocorrem, são dirigidos aos médicos que *podem pagar*, retornando o que aqui foi chamado de *elitização entre os médicos*.

Em nível do conselho de ética ocorrem outras dificuldades para o

<sup>6</sup> Dados fornecidos pelo Sindicato, relativos a janeiro de 1993.

desempenho do projeto profissional. Lembramos que em termos de condições materiais e financeiras esta entidade tem a melhor situação entre as demais da profissão. Como é obrigatória a inscrição dos médicos para o exercício da medicina, isto garante um ingresso permanente de recursos para o custeio da entidade. O conselho tem a atribuição de fiscalização dos profissionais, sendo difícil promover-se o controle do trabalho médico sem que sejam levadas em conta a situação dos locais de trabalho, compreendendo aí todas as organizações prestadoras de serviços de saúde, sejam públicas ou privadas. O conselho não pode executar ações de punição a tais serviços. Seu papel fica restrito à denúncia e à recomendação, sendo necessária a participação e acordo do poder público para que se efetivem medidas punitivas.

Assim é que na Resolução 1.089/1982 do Conselho Federal de Medicina são estabelecidos limites para a atuação de controle e fiscalização do exercício profissional. No capítulo das competências temos o seguinte:

- Art. 4º Ao órgão de Fiscalização compete, em todo o território da jurisdição do Conselho Regional respectivo:
  - I Fiscalizar:
- a O exercício da profissão de médico, em qualquer local onde seja desempenhada;
- b Os organismos onde os médicos prestam serviços, na parte exclusivamente médico-assistencial;
- c Os anúncios de médicos ou de serviços de assistência médica, qualquer que seja o meio de comunicação;
  - d O conhecimento das notificações.

Se essa formulação sugere uma capacidade ainda real de controle do trabalho médico, observamos que a mesma resolução assume limites para a fiscalização do local de trabalho onde os médicos se encontram, colocando, ao nosso ver, uma contradição fundamental para a autonomia da profissão. Como abstrair o local de trabalho da avaliação de qualidade do trabalhado? Sem resposta para isso a corporação admite que deve:

Providenciar no sentido de notificar às autoridades competentes o exercício ilegal da medicina; — Acompanhar e colaborar com a apreensão, pela Polícia Judiciária ou Sanitária, dos instrumentos e tudo o mais que sirva ou tenha servido ao exercício ilegal da profissão de médico, inclusive participando do auto de fechamento e interdição de tais lugares:

Denunciar ao Conselho (federal) ou outras autoridades com-

petentes as irregularidades encontradas e não corrigidas dentro dos prazos.

Parágrafo Único — O órgão de fiscalização procurará sempre agir em conjunto com o Serviço de Fiscalização da Secretaria de Saúde ou órgão similar. (Resolução 1089/82 do C. F. M.)

Vemos assim que a atribuição de fiscalização é partilhada com o poder público, tendo até uma característica de dependência, já que a categoria não pode levar às últimas conseqüências o controle do exercício da profissão sem que haja a anuência das *autoridades competentes*.

Algumas das dificuldades pelas quais passa o profissionalismo médico em sua autonomia, autoridade, independência, e coesão de grupo, podem ser compreendidas como fatores conjunturais cujos efeitos podem ser reduzidos a partir de modificações sociais amplas. É possível que as condições de trabalho melhorem ao ponto de que a atividade médica não seja exercida em condições desfavoráveis ao desempenho dos seus profissionais. Outros fatores, porém, aqui ligeiramente discutidos, são em sua essência de natureza estrutural às sociedades contemporâneas, onde o capital toma sua forma monopolista. Esses, e nada faz crer no contrário, tendem a se radicalizar, levando sua marcha ao comprometimento do lado mais *romântico* do profissionalismo médico.

# Algumas considerações finais

A sociologia tem alertado para a possibilidade de que esteja havendo uma proletarização dos médicos.<sup>7</sup> Para não discutirmos, a partir daí, o que necessariamente exigiria a discussão do que vem a ser um proletário nas sociedades modernas, admitimos que fatores intra e extraprofissionais atuam hoje colocando para os médicos dificuldades importantes na sua conformação de profissional típico.

Uma das correntes explicativas das transformações que têm abalado o profissionalismo médico sugere que esteja ocorrendo, de fato, uma trajetória de desprofissionalização, que pode ser representada como oposta aos caminhos que a profissão percorreu até os dias de hoje em sua afirmação profissional. Entre os obstáculos ao projeto profissional, a tendência à burocratização nas organizações dos serviços de saúde é um deles. Com a crescente complexificação do ato médico, este passa a ser dividido em par-

<sup>7</sup> Mckinlay, J. & Arches, J., 1986.

tes administráveis por outras profissões e ocupações, parcelando o trabalho médico com progressiva redução da sua autonomia. A crescente especialização dos serviços reforça esta redução, o que parece inevitável.

Nas organizações complexas, como os hospitais de especialidades, o trabalho médico tem se tornado, num momento, parte de todo um fluxo desenvolvido por uma equipe multiprofissional, que atua desde a recepção aos pacientes até a parte típica de hotelaria. Os profissionais dependem de outros trabalhadores para que seu trabalho seja executado. Os distintos trabalhos desenvolvem, cada vez mais, um conhecimento específico, uma forma de *ser* própria, conformando habilidades nos executores que progressivamente retira dos médicos o conhecimento global do que ocorre em torno do ato de prestar saúde.

Mesmo quando a tarefa administrativa dessas organizações é desempenhada por médicos, ocorre o afastamento de sua *natureza profissional*, não devendo tal espaço ser considerado como próprio das atribuições profissionais originais. Além disto os administradores tendem a desenvolver um projeto com interesses próprios, com auto-representação e identidade cada vez mais nítida e distante do controle por parte de outros trabalhadores envolvidos no processo de trabalho, aí incluídos os médicos.

Também tem sido uma constante a preocupação com a entrada da tecnologia computadorizada no trabalho de saúde. Por mais *futurista* que isto possa parecer, não deve ser desprezada a modificação das rotinas no trabalho médico com a incorporação de tal tecnologia. Haug (1988), em relação a isto, chega a afirmar:

Num período em que estudantes do segundo grau operam PCs na escola, pode estar chegando o tempo em que o importante não seja mais quem detém a informação no cérebro, mas aquele que pode extrair esta informação da memória do computador.

Mudanças na clientela reforçam a possibilidade de desprofissionalização dos médicos. A ampliação e maior domínio da informação pela sociedade vêm lentamente forjando uma consciência crítica e reivindicatória quanto aos serviços de saúde. Essa informação, às vezes deturpadamente, atribui muitas das aflições pelas quais passam os usuários, aos médicos que *não atendem bem*, *não querem prestar o melhor serviço* etc. Obviamente, não há profissão sem autoridade profissional, e esta tem sido constantemente desafiada. Cada vez mais põe-se em dúvida o desempenho médico, o que pode ser verificado quando são discutidos amplamente os erros médicos. Este debate, antes restrito à categoria, generaliza-se, ocupando outros espaços como os tribunais de justiça.

A introdução de formas distintas de práticas de saúde, diferentes do modelo da medicina científica, tem também servido de alerta para aqueles que estudam o (des) profissionalismo médico. As práticas tidas como alternativas, como a acupuntura, a homeopatia, a medicina natural e outras, colocam para os usuários um leque maior de opções diante de suas necessidades, sem que o médico, e a racionalidade por ele representada, sejam necessários à sua execução.

Essa corrente sociológica, que discute a desprofissionalização médica, aborda outra série de fatores que indicam desafios à profissão que, pela sua abragência, nosso texto não pode comportar. Deixamos claro que não desconhecemos a importância da continuidade desta investigação, para o que entendemos ser imperativo um maior envolvimento das entidades profissionais médicas, bem como de seus representados. Que se tente estabelecer um ponto inicial de referência para a melhor compreensão dos recuos e avanços do projeto profissional médico e as repercussões disto para a prestação de serviços de saúde.

### Bibliografia

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO MÉDICO. *Anais* do XVII Congresso, Poços de Caldas, 1979.
- \_\_\_\_. Anais do XVIII Congresso, Goiânia, 1980.
- ACADEMIA PERNAMBUCANA DE MEDICINA. Anais, Recife, v. 1, 1974.
- \_\_\_\_. Anais, Recife, v. 2, 1976.
- BAREMBLIT, G. Saber e poder: que hacer y deseo. Buenos Ayres, Nueva Vision, 1988.
- BITTAR, O. J. N. Especialidades médicas no Brasil. In: *Previdência em Dados*, 6 (1), Rio de Janeiro, 1991.
- CARR SAUNDERS, A. M. Professionalization in historical perspective. In: Vollmer, H. & Mills, D. (eds.). *Professionalization, Prentice Hall Inc.*, New Jersey, Englewood Cliffs, 1966.
- CREMEPE, Legislação dos Conselhos de Medicina. Código Brasileiro de Deontologia Médica, Recife, 1985.
- DONNANGELO, M. C. F. Medicina e Sociedade. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975.
- \_\_\_\_. Saúde e Sociedade. 2ª ed., São Paulo, Duas Cidades, 1979.

- FOUCAULT, M. La crisis de la Medicina o la crisis de la antimedicina. In: Medicina e história: El pensamiento de Michel Foucault. Washington D. C., OPAS/OMS, 1978.
- \_\_\_\_\_. História de la medicalizacion. In: Medicina e história: El pensamiento de Michel Foucault. Washington D. C., OPAS-OMS, 1978.
- \_\_\_\_\_. Incorporacion del hospital en la tecnologia moderna. In: Medicina e história: El pensamiento de Michel Foucault, Washington D. C., OPAS/OMS, 1978.
- \_\_\_\_\_. O Nascimento da clínica. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1980. \_\_\_\_\_. Microfísica do poder. 8ª ed., Rio de Janeiro, Graal, 1989.
- FREIDSON, E. La profession médica. Barcelona, Ediciones Península, 1978.
- FREITAS, O. de. *História da Faculdade de Medicina do Recife: 1895 a 1943*. Recife, Imprensa Oficial do Recife, 1944.
- GONÇALVES, R. B. M. Medicina e história: raíces sociales del trabajo médico, México, Siglo Veinturno Editores, 1984.
- GREENWOOD, E. Atributes of a profession. In: Vollmer, H & Mills, D. (eds.). *Professionalization, Prentice Hall Inc.* New Jersey, Englewood Cliffs, 1966.
- HAUG, M. R. A re-examination of the hypothesys of physycian deprofissionalization. In: *The Milbank Quartely*. vol. 66, suppl. 2, Milbank Memorial Fund, 1988.
- HUGHES, E. The profession in society. In: Vollmer, H & Mills, D. (eds.). Professionalization, Prentice Hall Inc. New Jersey, Englewood Cliffs, 1966.
- LARSON, M. S. The rise of profissionalism: a sociological analisys. Los Angeles, University of California Press, 1977.
- MACHADO, M. H. Micro-macro: os novos desafios da sociologia. Rio de Janeiro, 1990. (mimeo)
- MARINHO, M. J. Profissionalização e credenciamento: a política das profissões. Rio de Janeiro, Senai, 1986.
- NOGUEIRA, R. P. Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, IMS/Uerj, 1977.
- OPAS Medicina e história, El pensamiento de Michel Foucault, Washington, D.C., OPAS/OMS, 1977.
- OPAS/AMS/IBGE. Postos de trabalho em saúde no Brasil e Pernambuco, 1976-84, 1984.
- PIRES, D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo, Cortez, 1989.
- RAMOS, J. Ética médica. Rio de Janeiro, Cremeg, 1974.
- SANTOS FILHO, L. História geral da medicina brasileira, vol. 1, São Paulo, Hucitec, 1991.
- SANTOS NETO, P. (org.) Dinâmica organizativa das corporações de saúde em Pernambuco. Projeto de Pesquisa. Recife, Nesc/CPqAM/Fiocruz, 1991. (mimeo)
- SCHRAIBER, L. B. Educação médica e capitalismo. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1989.

- SINGER, P. et al. *Prevenir e curar*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1988. SOUSA CAMPOS, G. W. Os médicos e a política de saúde. São Paulo, Hucitec, 1988.
- STARR, P. The social transformation of americam medicine. New York, Basic Books Inc. Publishers, 1982.
- WILENSKY, H. The Profissionalization of everyone? In: Grusky, Oscar & Miller, George (eds.). *The sociology os organization*. London, Collier Macmillan, 1970.

# O processo de socialização profissional na medicina

Sergio Rego

Neste texto, baseado em minha dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da UERJ (Rego, 1994), procuramos trazer à discussão sobre as profissões de saúde a questão da formação profissional em medicina, a educação médica questionada a partir do referencial teórico da sociologia das profissões. Embora versando sobre a profissão médica, as análises aqui apresentadas podem ser extrapoladas para outras profissões da saúde. Sendo assim, apresentamos inicialmente, de forma sucinta, o conceito de socialização profissional, fundamentando-o nas observações de Merton (1957). Em seguida, apresentamos uma pequena descrição sobre as características do ensino prático em alguns países, introduzindo assim a questão da formação prática como um aspecto privilegiado para a análise. Posteriormente, é destacada a importância de ultrapassarmos os limites das experiências curriculares quando do estabelecimento dos campos de seu estudo, analisando-se algumas características dos estágios que ocorrem com autonomia em relação ao currículo formal da faculdade.

#### O processo de socialização

O debate sobre a formação profissional do médico não pode limitar-se à discussão dos aspectos inerentes à sua base técnica. Ser médico implica estabelecer relações com clientes que necessitam confiar não apenas no conhecimento técnico do profissional, como também ter a certeza de que será respeitado em sua privacidade. Em seu dia-a-dia profissional ele se relacionará com colegas da mesma especialidade, de outras que o apoiarão em sua atuação, e com uma vasta gama de outros trabalhadores que compõem a moderna equipe de saúde. Orientando a conduta do médico existe um conjunto de idéias, valores e padrões que são compartilhados e transmitidos entre os membros da corporação. Estas normas e

padrões definem características de atitudes e condutas técnicas morais, apontando o que é desejável, permitido ou proscrito, codificando os valores da profissão.

A socialização de adultos inclui mais do que habitualmente é descrito como educação e treinamento, sendo útil pensar no processo de aquisição da função em duas classes principais: aprendizado direto através do ensino didático de um ou outro tipo e indireto, no qual atitudes, valores, padrões de comportamento são adquiridos como subprodutos do contato com instrutores e pares, com pacientes e com membros da equipe de saúde. (Merton, 1957) É claro que nem tudo o que é ensinado nas escolas médicas é aprendido pelos estudantes, assim como nem tudo que eles aprendem é ensinado lá. Este processo está fundamentado não apenas na observação e assimilação do padrão ou mesmo do exemplo deliberado, mas também — e pode ser a forma mais duradoura de aprendizado — indiretamente como resultante de seu envolvimento naquela sociedade de *staff* médico, colegas estudantes e pacientes que constituem a escola médica como uma organização social.

Assim, a faculdade costuma ser identificada como elemento crucial na aprendizagem profissional, porque representa o contexto institucional no qual se inicia a socialização. Esta importância lhe é atribuída por constituir não somente o ambiente onde se transmitem os conhecimentos, experiências, hábitos, atitudes e valores, mas também o meio pelo qual os membros da profissão controlam o que seus colegas serão e o nível de aprendizagem que recebem. Este papel, crucial na forma como é descrito, é atribuído à escola médica. É nos estágios (que, pelo menos no Brasil, não estão previstos em seu currículo formal) e na prática regularmente oferecida pela faculdade que o estudante é efetivamente forjado como profissional, onde adquire segurança para iniciar-se de fato na prática da profissão que escolheu. Nas atividades práticas do estudante ele desenvolve seu 'eu-profissional', com seus valores característicos, atitudes, conhecimento, e habilidades, fundindo-os em disposições mais ou menos consistentes que orientam seu comportamento em uma ampla variedade de situações profissionais ou não (Merton, 1957).

### A prática na formação do médico

Embora a experiência clínica seja componente essencial do treinamento médico, até agora, enquanto os currículos especificam a duração

e o tipo de *exposição clínica* que é esperado que os alunos tenham, existem relativamente poucas informações sistematizadas sobre o que constitui a experiência clínica e o que ela proporciona ao estudante. Assim, para conhecermos o processo de socialização profissional dos estudantes de medicina, é preciso conferir uma atenção toda especial ao aprendizado prático deste aluno. Aqui veremos uma breve descrição sobre algumas características do ensino prático em alguns países, com um destaque especial para o caso do Brasil e a importância que a questão dos estágios extracurriculares¹ para o tema.

Na análise da descrição da situação do ensino médico na Inglaterra e nos Estados Unidos no período anterior a 1910 pode-se facilmente reconhecer algumas características também assinaladas no Parecer 506/69 do Conselho Federal de Educação do Brasil, como será visto adiante. Segundo Coe (1984) "tanto nas universidades inglesas como nas dos Estados Unidos os estudantes assistiam a umas poucas lições, com freqüência perseguiam interesses independentes e aprendiam a maior parte de seus conhecimentos acompanhando aos médicos em suas visitas às salas do hospital. Os exames versavam em sua maior parte sobre os conhecimentos de ciências básicas e deixavam pouco lugar para a aplicação destas (...). Os programas eram muito flexíveis e, exceto em alguns casos, era permitido aos estudantes procurarem o seu próprio ensino".

Esta situação, nos Estados Unidos especialmente, começa a ser revertida após o Relatório Flexner,<sup>2</sup> marco fundamental na evolução do ensino médico. O ensino médico, até então pouco padronizado, é incorporado às universidades e inclui-se o hospital como local fundamental do ensino prático, criando-se os *clerkships* como eixo do ciclo clínico.

O clerkship representa o modelo central de ensino no ciclo profissional na maioria das escolas americanas estabelecido com a implantação das recomendações contidas no Relatório Flexner. São curtos ciclos de estágios em serviços dos hospitais universitários ou conveniados, com os estudantes divididos em pequenos grupos, quando eles envolvem-se efetivamente com a rotina de atividades do serviço. Incluem-se plantões durante a semana e fim de semana, sendo os alunos responsáveis por parte da rotina de atendimento de internação e evolução dos pacientes. Por

<sup>1</sup> Considerando currículo como a soma de experiências vividas pelo educando sob os auspícios e direção da escola, define-se estágio extracurricular como todas as atividades de prática clínica ou cirúrgica cumprida pelo aluno que não ocorram desta forma.

<sup>2</sup> Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York, Carnegie Foundation, 1910.

serem grupos pequenos há intensa participação dos alunos em todas as atividades e um convívio intenso com o professor, internos e residentes.

Os estudos realizados sobre o ensino médico nos Estados Unidos demonstram, em geral, uma intensa dedicação dos estudantes às atividades discentes, especialmente no ciclo clínico.3 O trabalho de Becker (1984) descreve minuciosamente as atividades do estudante nas enfermarias e ambulatórios sugerindo a participação intensa do estudante nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Este comportamento irá variar de acordo com o tipo de hospital em que o estudante esteja lotado para o clerkship. Quando esta prática ocorre em um hospital com pacientes particulares dos docentes a autonomia do estudante parece fortemente limitada, enquanto durante o clerkship nos hospitais dos veteranos de guerra (públicos, por conseguinte) eles tendem a desempenhar tarefas mais importantes. Apesar disso, o próprio autor encarrega-se de esclarecer o real papel desempenhado pelo corpo discente, afirmando que os estudantes do Kansas não assumem atividades específicas dos graduados principalmente porque o sistema do qual eles participam não permite que eles o façam. Eles ainda não são médicos (...) (Becker, 1987). Não está em questão se eles desejariam ou não assumir tarefas restritas aos profissionais, mas a proibição estrita que decorre do forte sistema de responsabilidade profissional existente naquele país. Os responsáveis legais pelos atos do estudante são o seu supervisor direto, a administração do estabelecimento onde o ato legal vier a acontecer e, finalmente, o próprio estudante.

Por tratar a questão da prática na graduação de uma forma bastante

<sup>3</sup> Na pesquisa de campo que realizamos recentemente e que deu origem a nossa dissertação de mestrado junto ao IMS/UERJ, na qual está baseado este texto, não foi incluída a análise de como os estudantes utilizam seu tempo. Entretanto, foi possível acompanhar, a grosso modo, como se dá o cumprimento formal da carga horária de ensino. E o que foi observado é que o horário formal dessas atividades raramente era cumprido. Várias e várias vezes nossa equipe procurou estar presente próximo ao horário previsto para o fim das aulas práticas e simplesmente não encontrávamos mais ninguém. Posteriormente, orientados pelos alunos, pudemos constatar que muitas dessas aulas, apesar de terem uma previsão de durarem cerca de quatro horas, raramente ultrapassavam a primeira. Entretanto, uma análise da disponibilidade de tempo dos estudantes da maior parte de nossas escolas nos levaria, talvez, àquela mesma conclusão — formalmente os alunos praticamente não têm tempo disponível. Por outro lado, pelo menos desde que o aluno começa a frequentar o estágio de internato, ele passa (informalmente) a ter direito ao que no mundo profissional dos médicos é chamado de day-off — em um dia da semana o estudante é liberado de suas atividades no internato para frequentar um plantão. Esta prática, apesar de não existir legalmente nem para os profissionais formados, é tolerada sem críticas no serviço público em geral.

peculiar, merece referência o modelo implementado em Cuba. Embora a estrutura do curso seja muito semelhante à brasileira (seis anos de duração; quatro semestres iniciais de ciclo básico; internato nos dois últimos semestres do curso) a escola médica cubana incorporou elementos mais característicos dos *clerkships* americanos *a realização de plantões noturnos nos serviços clínicos, higiênicos e epidemiológicos com uma duração de 6-8 horas a partir do terceiro ano* (Cuba, 1993). Da mesma forma, o trabalho independente e a responsabilidade clínico-epidemiológica é quase total no internato com supervisão e controle por parte do docente. A valorização da aquisição de habilidades práticas no modelo cubano pode ser observada pela exigência de aprovação prévia nos exames práticos para prestar os teóricos.

A importância conferida pelos especialistas da Comissão de Ensino Médico do MEC à prática na formação do estudante está bem expressa no documento divulgado em 1974 ao afirmarem, categoricamente, que a componente essencial da formação do estudante de medicina reside nas características do atendimento dos pacientes no ambiente hospitalar, do qual participa na qualidade de estagiário ou de interno (Comissão de Ensino Médico, 1974). Determinava ainda que a formação do médico incluísse, obrigatoriamente, a participação nos trabalhos de unidades de saúde de vários tipos, com desempenho, pelo estudante, de tarefas de crescente complexidade, sempre na dependência da aptidão correspondente a cada qual das fases sucessivas da aprendizagem. Durante esse período, o aluno amplia seus conhecimentos relativos às bases doutrinárias do exercício da medicina, inicia a aquisição de habilidades psicomotoras necessárias à profissão, e, ainda mais, adquire atitudes que definirão sua conduta dentro de padrões éticos consagrados, no tocante ao seu relacionamento com os pacientes, às respectivas famílias e os demais integrantes da equipe de saúde

Esta é, portanto, a componente essencial da transformação do estudante em médico. É a procura por adquirir a experiência clínica uma das principais forças que mobilizam os alunos em seu período de formação já que os estudantes querem ver pacientes com doenças que eles esperam tratar freqüentemente após a formatura. A valorização da prática na formação do médico está clara também no trabalho de Merton (1957) ao afirmar que "deste ponto de vista, estudantes de medicina estão engajados em estudar as funções profissionais do médico através da combinação tanto de seu componente de conhecimento, habilidades, atitudes e valo-

res, como em serem motivados e habilitados para desempenhar este papel num estilo social e profissionalmente aceitável".

Uma característica da estrutura dos cursos de medicina no Brasil, ainda sob forte influência dos princípios propugnados na Reforma Flexner nos E.U.A., é a separação entre o ciclo básico e o ciclo clínico, com a introdução tardia da prática clínica. Assim, os alunos passam os dois primeiros anos do curso envolvidos com as chamadas disciplinas básicas e, a partir do terceiro ano passam a freqüentar o hospital. No hospital estarão envolvidos, com alunos do último ano e residentes, na evolução diária do paciente. Esta participação é discreta, já que tanto internos quanto residentes, superiores na hierarquia do hospital, tem precedência. Entretanto, como destaca Santana (1989), o contexto do ensino, seu campo de prática real como processo de qualificação para o trabalho é, predominantemente, o hospital. (...) é no hospital, através de suas práticas assistenciais progressivamente custosas do ponto de vista econômico e historicamente excludentes sob o aspecto social, que se concentram as experiências marcantes e definidoras na formação médica.

As aulas práticas da grande maioria das disciplinas reforçam esse papel de observadores que é característico dos estudantes dos primeiros anos nos hospitais de ensino. Na realidade, será apenas quando iniciarem o internato que os alunos estarão envolvidos diretamente na assistência do paciente. Até então, mesmo durante as experiências nas enfermarias, os alunos apontam sua participação como pouco relevante. Deve-se lembrar, entretanto, que apesar de toda relevância que é dada formalmente ao ensino prático e à prática, oficialmente o estágio só começará no último ou penúltimo ano do curso (quando do início do internato), apesar da grande motivação que todo estudante apresenta em lidar com pacientes. Embora pudesse ser introduzido o contato precoce com pacientes, com as funções de médico e dos serviços de saúde, que seguramente estimulariam o interesse do aluno por aprender outros aspectos menos chamativos, a maioria das escolas de medicina ainda postergam para os últimos anos o contato do estudante com pacientes.

Atento à essa discussão, Barbosa (1986) salienta que *locus* privilegiado da educação médica é a comunidade e suas instituições, onde se desenrolam os dramas quotidianos (...). Em conseqüência, o aluno deverá ser inserido nos serviços de saúde desde o primeiro ano do curso, elimi-

<sup>4</sup> A *evolução* do paciente consiste no exame clínico matinal (consistindo de uma entrevista e um exame físico direcionado para as alterações relacionadas com a *evolução* da enfermidade que o paciente seja portador), com a respectiva anotação no prontuário do paciente.

nando-se a figura simbólica do Estágio Curricular e outras ficções em vigor nos modelos clássicos de ensino. Participando das ações diretas de saúde o aluno despertará gradativamente para os grandes problemas de sua região (...). A aula informativa deixa de ser predominante. Oportunamente, Santana (1989) alerta que com freqüência fala-se na necessidade de "expor o aluno à realidade dos serviços de saúde" e, comumente, a proposta de estágios não vai além de uma "exposição" onde espera-se que a "natural" interação entre aprendiz e praticante ou tutor resulte "espontaneamente" no domínio de habilidades pelo primeiro. Questionamentos como esses ocorrem há vários anos, sendo muito raro que encontremos autores que advoguem sua manutenção. A cada dez anos, aproximadamente, surgem novas propostas reformadoras e é possível contabilizarmos diversas tentativas isoladas de reforma nas mais variadas universidades. A maior parte delas, entretanto, não conseguiu ultrapassar os limites de uma mera reforma curricular, onde os diferentes interesses e a disputa por poder entre os diversos departamentos e especialidades reduzem sensivelmente seu alcance.

Embora a mais importante reforma nos Estados Unidos tenha se dado no início do século, diversos outros modelos de ensino já surgiram, muitos criticando o adotado naquela reforma. Estes movimentos inovadores tiveram sua origem tanto em faculdades de medicina como em organismos internacionais sediados naquele país. Modelos como o da medicina comunitária, ensino integrado ou mesmo a integração docente-assistencial, tiveram grande influência sobre a crítica ao ensino médico no Brasil, sendo progressivamente absorvidos na América Latina.

Ainda que seja comum o reconhecimento de que o ensino médico se dá, preferencialmente, nos serviços de saúde e que nenhum profissional aprende seu ofício apenas nas salas de aula, com lápis e cadernos, sendo necessário aprender a exercer a profissão dentro da sociedade, com os problemas e dilemas que ela oferece e, no caso específico do médico, dentro dos serviços de saúde, isto ainda pode ser percebido juridicamente. A legislação vigente no Brasil impede que os serviços participem da condução do processo de ensino, considerados ainda como de responsabilidade exclusiva do aparelho formador. A rede prestadora de serviços de saúde é mera coadjuvante na formação, limitando-se a absorver acriticamente estagiários que tanto podem ser vistos como estorvos como meros auxiliares no atendimento de sua demanda.

### O estágio extracurricular

É muito comum, ao analisar a crise do ensino médico, atribuir sua responsabilidade à criação de grande quantidade de novas escolas médicas, especialmente durante a década de 1960 e início da de 1970, destacando-se que não houve planejamento adequado para que se preparasse o Corpo Docente para essas escolas e tampouco foi exigido, como prérequisito, a existência de um hospital-escola. Como conseqüência da massificação da formação de médicos teria ocorrido a queda do padrão de ensino e a busca dos estudantes pelos estágios extracurriculares.

A procura dos estudantes por um sistema de ensino informal, entretanto, não é decorrente de transformações sofridas em virtude da expansão da rede de faculdades em geral e escolas médicas em particular, nos anos 60 e 70 ou de uma deterioração na qualidade de ensino nas últimas décadas, como pode ser facilmente constatado em diversos relatos históricos.

A primeira referência oficial que se tem notícia sobre a participação de acadêmicos de medicina em estágios na rede pública no Rio de Janeiro data de 1920 — o regulamento de um posto auxiliar do Pronto Socorro. Já a lei 2.401/21, que estruturou o Departamento Municipal de Assistência Pública, trazia, em seu artigo 77, a exigência de realização de prova de suficiência para a admissão de acadêmicos de 5° e 6° anos médicos,

além da descrição de suas atribuições.

Já no trabalho de Schraiber (1993), que examina a constituição do trabalho médico especializado e incorporador de tecnologias, é possível encontrar diversos depoimentos de médicos entrevistados que fazem referências a esta prática. A análise da autora busca destacar o papel que este espaço de opção pessoal parece representar no processo de formação profissional. Diz a autora que essa noção [de liberdade] não mais deixará de acompanhá-lo como referencial de pressuposto adequado e qualificador de seu trabalho. (...) Lá pelo meio do currículo escolar, o estudante já constrói no interior do currículo formal o currículo pessoal, aquele que lhe permitirá alcançar qualificações específicas, maior adestramento e experiência clínica, e o diferenciará na profissão, por algum domínio na arte clínica ou da técnica cirúrgica. A importância conferida a esta prática foi bem expressa por um de seus entrevistados (natural do Estado de São Paulo), que afirmou ter optado por cursar a faculdade de medicina no Rio de Janeiro pois em São Paulo era difícil que o estudante pudesse praticar a medicina, praticar no hospital, nos grandes serviços. Para poder trabalhar naquela ocasião tinha de obter uma amizade, alguém que me

encaminhasse, e como eu não tinha propriamente, então achei por bem... No Rio, realmente o estudante tinha melhores condições de trabalho que o paulista. Não existindo maiores informações sobre a existência desta diferença tão marcante sobre a possibilidade de diferenças tão sensíveis no mercado de trabalho, fica este dado como uma questão para outros estudos.

Referindo-se ao período anterior à Reforma Universitária no Brasil, Gonçalves (1980) afirma que poucos eram os Hospitais de Ensino, e aos alunos dava-se a liberdade e tempo para escolher hospitais da comunidade, públicos ou privados, como os serviços de urgência, que sempre foram e continuam sendo excepcionais campos de aprendizado médico. Um diagnóstico mais preciso desta situação é dado pelo Parecer nº 506/69, aprovado pelo Conselho Federal de Educação, que afirmava não haver nenhum médico dos que se formaram no Brasil até aquela época que tenha cumprido senão parcela reduzidíssima dos horários oficialmente estabelecidos pelas escolas. Era praxe, então, vincular-se cada estudante, desde o segundo ou terceiro ano, a determinado serviço clínico, onde, no horário oficialmente destinado ao aprendizado teórico das várias disciplinas, procurava aprender ou exercitar-se nas tarefas necessárias à prática da profissão, com desconhecimento quase completo do programa escolar. Neste Parecer o conselheiro referia-se a este fato como existente apenas em décadas passadas, buscando assim enaltecer as virtudes da Reforma Universitária, que teria promovido tais transformações. Entretanto, contrariando essa visão otimista que o Parecer sugere para o período pós-reforma, foi apresentado um trabalho, no Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica em 1972, onde se afirmava que os poucos hospitais de ensino existentes não incorporavam o aluno à sua força de trabalho ou o faziam tardiamente, mediante internato. As alternativas que restavam aos estudantes eram a procura de emprego em clínicas particulares e na rede estadual. (Quadra et al., 1974). Não há, portanto, razões para se acreditar que a atividade extracurricular venha se expandindo nos últimos anos, ou que seja algum sinal recente de insatisfação do aluno com o tipo de ensino ministrado nas faculdades. Esta prática está disseminada há décadas e não há registros de que quaisquer mudanças tenham efetivamente ocorrido em decorrência de alterações curriculares ou reformas administrativas.

É necessário que reflitamos sobre as razões que levaram esta prática tão antiga e tolerada pelos médicos a ter se transformado em algo potencialmente perigoso para a qualidade da formação dos futuros profissionais. Para esta compreensão é preciso entendermos as modificações observadas nesta relação de ensino, contextualizando-a neste período de profundas transformações no mercado e nas condições de trabalho médico. O que caracterizava essa prática em um tempo não muito distante era a relação tutorial entre discípulo e mestre. Dessa forma, o estudante freqüentava a clínica privada do professor ou prestava serviço na Santa Casa em troca de aprendizado e possibilidades de uma futura clientela. Tal atividade, normalmente realizada lado a lado com o professor, nunca foi considerada como extracurricular, representando efetivamente parte de um bom sistema de aprendizado por preceptoria. As mudanças no mercado, com a redução da atividade liberal pura, aliada ao aumento do número de profissionais e à própria expansão da rede de saúde, tiveram repercussões importantes nas principais características desta atividade, diminuindo muito as possibilidades de existência de uma preceptoria ou supervisão mais efetiva.

Por outro lado, Junqueira (1966), ao referir-se aos atendimentos que ocorriam em meados da década de 1960 nos setores de emergência dos hospitais da Guanabara e à participação dos estudantes neles, fazia uma descrição de uma rotina desinteressante e estafante, onde não há obrigação de ensinamento por parte do corpo clínico, o que é feito só isoladamente e em caráter pessoal por alguns médicos da equipe. Mais uma vez o caráter de um ensinamento relacionado exclusivamente a disposições individuais é reforçado. Não existia qualquer programa de ensino naqueles hospitais que já ofereciam estágios de forma sistemática, . O ensino que por ventura ocorria dependia de relações pessoais, não institucionais.

Diversos outros estudos (Kloetzel, 1976; Oliveira et al., 1989; Pellanda, 1990; Faria et al., 1991; Millan & Barbedo, 1988; Rego, 1994) demonstraram a importância dos estágios extracurriculares quantitativa e qualitativamente para a formação médica, nos mais diversos estados de nosso país, sempre demonstando seu início precoce em relação ao estágio de internato, a pequena importância atribuída pelos alunos às eventuais remunerações lá obtidas e uma especial predileção pelas Emergências, Maternidades e Unidades de Terapia Intensiva como campos de prática.

Algo está faltando nas atividades desenvolvidas pelos estudantes nas faculdades e que eles estão encontrando, por conta própria, nos serviços de saúde. Este algo mais, traduzido às vezes como botar a mão na massa ou buscar segurança na prática, é um dos aspectos que neste trabalho mais sobressaem na explicação sobre as razões que levam os estudantes a nos

procurarem. O que eles procuram que não estão encontrando em suas escolas de formação profissional? Para a medicina, o conceito que melhor explica esta busca é o de experiência clínica que, segundo Becker (1984), refere-se à verdadeira experiência em lidar com com pacientes e doenças, e o principal significado desta expressão repousa na polarização implícita com o aprendizado de livros. Experiência clínica, na visão adotada para este termo, confere ao médico um conhecimento que ainda não foi sistematizado e verificado cientificamente. Não é possível adquirir este conhecimento através do estudo acadêmico — é necessário observar o fenômeno clínico e lidar com os problemas clínicos diretamente. Ela pode inclusive substituir o conhecimento comprovado cientificamente, pode ser usado para legitimar um conjunto de opções de procedimentos para o tratamento de um paciente e, da mesma forma, pode ser usada para contra-indicar alguns procedimentos que tenham sido estabelecidos cientificamente.

Esta experiência só pode ser adquirida com a prática. Ela está intimamente ligada ao conceito de que a medicina é uma Arte, antes de ser uma Ciência. E os estudantes de medicina aprendem cedo a valorizá-la, que só é acumulável com a prática. É ainda Becker que primeiro destacou esta característica e sistematizou suas reflexões. Para ele, os estudantes têm uma pergunta permanentemente norteando suas reflexões: Como posso aproveitar melhor meu tempo para preparar-me para a prática profissional como médico? (Becker, 1984). Uma das respostas apresentadas pelos alunos estaria na perspectiva construída em torno do conceito de experiência clínica e foi por ele sumarizada da seguinte forma: é importante para um médico ter experiência clínica: as atividades na faculdade são boas para sua formação quando dão aos estudantes a oportunidade de adquiri-la ou dão a eles acesso à experiência clínica de seus professores: são ruins quando não fornecem nenhuma dessas coisas: um estudante está fazendo um progresso real em sua preparação para a prática quando ele pode demonstrar para si próprio e para outros que ele absorveu algumas lições da experiência clínica. Nós concluímos, do exame de nossos dados, que os alunos adotam esta perspectiva e organizam seu comportamento por caminhos congruentes com ele (Becker, 1984).

A introdução deste valor na análise dos estágios extracurriculares clareia diversos pontos até então obscuros, como por exemplo o porquê dos alunos afirmarem que buscam estes estágios para: complementar sua formação, aprender o que a faculdade não ensina, aprender a medicina do dia-a-dia, aprender a tratar os pacientes de verdade etc. Estas afirmações

não são coerentes com uma realidade de pouca atenção por parte de seus supostos supervisores ou professores. Passa a fazer sentido quando se começa a pensar nesse *aprendizado* como busca de experiência clínica. Uma experiência que é reconhecida por eles como passível de ser adquirida nos locais de grande movimento de pacientes, onde eles poderão ver não um ou dois casos de determinada patologia, mas diversos. Onde eles poderão ver o profissional médico em seu *verdadeiro* local de trabalho, longe do viés que o hospital universitário cria para suas patologias, por ser de referência para as patologias mais raras e para os casos mais complexos. Este viés não conseguiu ser rompido com os convênios MEC/MPAS da década de 1970 e muito menos com a tentativa de integração ao Sistema Único de Saúde.

Mas não é apenas o viés da clientela que parece interferir na procura por outros campos de prática. Existem também aspectos ligados às relações de ensino, propriamente ditas. É muito freqüente ouvirmos de alunos e mesmo de médicos em geral que a universidade é um local onde não se pode ter dúvidas. Ou que suas dúvidas precisam ser complexas, já que as mais simples deporão contra o estudante, em um ambiente muito competitivo.

## Considerações finais

As discussões sobre o conceito de socialização profissional, aquisição de conhecimento e habilidades específicas da profissão (incluindo a experiência clínica) não apenas confirmam a necessidade de ampliarmos nosso ângulo de visão quando do estudo da educação médica, incluindo as experiências que os alunos vivenciam fora dos limites da escola médica, como também nos levam a refletir sobre o *locus* da formação profissional e sobre o papel que as instituições formadoras vêm tendo no desempenho de suas funções precípuas. Mas esses são temas ainda a serem aprofundados, sem preconceitos ideológicos ou teóricos.

Tais reflexões já reforçam a importância de uma maior integração entre as universidades e os estabelecimentos que acolhem, oficial ou extra-oficialmente, os estudantes para estágio. Embora não deva haver um excesso de otimismo em decorrência de transformações ainda meramente formais, é alvissareiro que tenha sido incluído na Constituição brasileira o princípio de que compete ao Sistema Único de Saúde a ordenação de recursos humanos. Embora representando um pequeno passo dentro do processo, tem se mostrado um caminho para que as discussões entre sis-

tema formador e prestador de serviços sejam precipitadas, de uma certa forma catalisando o processo em uma perspectiva mais pragmática.

Esta interface já se dá sobretudo pela iniciativa dos estudantes, que buscam a rede de assistência não universitária como alternativa concreta aos limites impostos pelas faculdades à sua participação direta na atenção médica. As dimensões desta participação tornam indispensável seu estudo para a compreensão do processo de socialização do médico no Brasil e sua regulação, com o estabelecimento de limites estritos na autonomia dos estagiários, como uma salvaguarda para os próprios estudantes e para a população usuária daqueles serviços.

### Bibliografia

- BARBOSA, F. S. Integração da escola médica com o sistema de atenção à saúde, conferência. *Anais do XXIV Congresso Brasileiro de Educação Médica*, Florianópolis, UFSC/Abem, 1986, p. 95-104.
- BECKER, H. S.; GEER, B.; HUGHES, E. C.; STRAUSS, A., Boys In White: Student Culture. In: *A Medical School*, 3°Imp., 1°ed. 1961, Chicago, University of Chicago Press, 1984.
- COE, R. M. Sociologia de la medicina. 3a. ed., Madrid, Alianza Universidad, 1984.
- COMISSÃO DE ENSINO MÉDICO DO MEC, Documento nº. 2. In: Documentos do ensino médico, 3º. ed. 1989, Brasília, MEC, 1974.
- CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. Resolução nº. 8 de 8/10/69. In: Currículos mínimos dos cursos de graduação, 4ª ed., Brasília, MEC, 1981.
- CUBA. La Formación Del Medico General Basico Como Medico De La Familia, Ministerio de Salud Publica, La Habana, Ed. Ciencias Medicas, 1993.
- FARIA, J. G. R. et al. Resultados do Projeto 'Relatórios da Medicina'. *Avaliação* 1 (1) 15-73, Juiz de Fora, UFJF, 1991.
- GONÇALVES, G. W. S. *Profissão e Educação Médicas*, Fortaleza, Imprensa Universitária da UFC, 1980.
- JUNQUEIRA, P. C. Importância dos Serviços de Urgência na Formação Médica. Revista Médica do Estado da Guanabara, 1966, 33 (3): 131-135.
- KLOETZEL, K. O "Ensino Paralelo" da Medicina. Anais do XIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, Rio de Janeiro, Abem, 1976, p. 669-674
- MERTON, R. K. Some preliminaries to a sociology of medical education appendix A Socialization: a terminological note 287-293. In: Merton, R. K.; Reader, G. G.; Kendall, P. L. (eds.) *The Student-Physician Introductory Studies In The Sociology Of Medical Education*, Cambridge, Massachussetts, Harvard University Press, 1957.

- OLIVEIRA, J. A. et al. Ensino Médico e papel das atividades extracurriculares, Revista Saúde em Debate, Londrina, 1989, 25: 35-40.
- PELLANDA, L. C. Currículo oficial e paralelo na Faculdade de Medicina da UFRGS, Porto Alegre, 1990. (mimeo)
- QUADRA, A. A. F.; BELACIANO, M. I.; LAZZARO, N. Mercado de Trabalho para acadêmicos de Medicina na Guanabara: análise e proposições. *Anais do XII Congresso da Abem*, Rio de Janeiro, Abem, 1972.
- REGO, S. T. A. A Prática na Formação Médica: os estágios extracurriculares em questão. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, 1994.
- SANTANA, J. P. Educação médica e Reforma Sanitária. Saúde em Debate, março de 1989, 7-11.
- SCHRAIBER, L. B. O médico e seu trabalho, São Paulo, Hucitec, 1993.
- MILLAN, L. R. & BARBEDO, M. F. Assistência psicológica ao aluno de Medicina: o início de uma experiência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, RJ, 1988, 12 (1): 21-23.

# As múltiplas faces do médico-sanitarista

Soraya Almeida Belisário

O objetivo deste texto é o estudo da metamorfose pela qual passou e passa a especialidade do médico-sanitarista desde sua constituição, buscando identificar os elementos que contribuíram para a sua progressiva descaracterização como uma especialidade médica.

### Médico-sanitarista, um especialista singular

O médico-sanitarista sempre foi um especialista singular em relação a seus pares médicos. A despeito de ter, enquanto médico, cumprido todas as etapas do processo de profissionalização, ele incorpora, ao longo da evolução de sua especialidade, elementos que extrapolam os limites da profissão médica. São elementos que dizem respeito à natureza de seu objeto, ao corpo de conhecimentos necessário ao desenvolvimento de suas ações, à forma de trabalho e ao local em que esse trabalho se desenvolve.

Ao contrário dos demais especialistas médicos, o médico-sanitarista possui como objeto não o indivíduo, mas toda a população de uma determinada comunidade. Um objeto, portanto, de natureza essencialmente coletiva. Sua atividade se desenvolve no âmbito da saúde pública, ou, de forma mais abrangente, da saúde coletiva. Por isso a especialidade do médico-sanitarista incorpora em seu conteúdo programático a discussão interdisciplinar, lançando mão de um indispensável aporte de outras áreas do conhecimento, especialmente as ciências sociais.

Além de um conhecimento interdisciplinar, o desenvolvimento das ações do médico-sanitarista exige quase sempre a participação de profissionais de outras áreas, numa prática eminentemente coletiva e multiprofissional. Dessa forma, outros profissionais (enfermeiros, assistentes sociais, sociólogos, psicólogos, nutricionistas etc) atuam conjuntamente na saúde coletiva, uma área que, por suas características, não se apresenta

como um território exclusivo de uma especialidade médica, mas como uma área de ampla atuação profissional. Assim, a idéia de cooperação, definida por Marx (1968) como a atuação simultânea de um grande número de trabalhadores no mesmo local, ou se quiser, no mesmo campo de atividade..., pode ser utilizada para a caracterização da forma de trabalho do médico-sanitarista. Uma atividade intimamente ligada ao trabalho de outras categorias profissionais, numa ação cooperada, complementar, com vistas a um alvo comum — a população de uma determinada comunidade.

Por fim, como mais um elemento que caracteriza a singularidade do médico-sanitarista em relação aos demais especialistas médicos, está o local onde ele desenvolve suas atividades. O médico-sanitarista atua necessariamente em uma organização de saúde, enquanto os demais especialistas médicos possuem outras alternativas, como o atendimento em consultório.

Uma organização pode ser definida como um conjunto de padrões de interação humana, destinado a atingir metas específicas. Acrescente-se ainda que uma organização é um organismo vivo, adaptativo, que desenvolve seu próprio conjunto de suposições relativas a si mesmo e à sociedade mais ampla (Moraes, 1986). Assim, pode-se dizer que é nesse tipo de estrutura que o médico-sanitarista desenvolve sua ação. Uma estrutura que estabelece suas próprias normas, códigos e valores, impondo-os a todos que nela atuam.

Nas sociedades modernas, verifica-se que um número cada vez maior de profissionais trabalham em organizações. Profissionais assalariados, que desempenham suas atividades dentro de uma estrutura com hierarquia burocrática, em ocupações diversas. Embora esses profissionais conservem na maioria das vezes a referência básica de sua categoria profissional, eles se encontram submetidos a uma duplicidade de regras imposta por essa posição. O profissional é membro de duas instituições, a profissão e a organização; cada uma se esforça para controlar suas atividades ocupacionais; a profissão estabelece padrões e normas de conduta das atividades profissionais; a organização especifica tarefas objetivas e controla a forma como essas são realizadas (Herries-Jenkins, s. d.).

O médico-sanitarista, a princípio e por princípio, incorpora-se a uma organização. Essa incorporação, no entanto, se dá de forma tão intensa que ele parece, de certa forma, perder a referência de sua categoria profissional. Além do mais, ele atua em organizações de saúde que são quase sempre de natureza pública e burocrática, outra característica pe-

culiar dessa área. Essas organizações possuem particularidades que acabam por produzir efeitos tanto para a estrutura organizacional como para seus integrantes. Por serem públicas, têm como finalidade a prestação de serviços públicos. O caráter público do atendimento impede que a clientela seja selecionada e que esses serviços sejam remunerados. Além disso, dependem muito mais do ambiente sociopolítico, o que implica em uma instabilidade permanente.

Dessa forma, ser assalariado, trabalhar em organizações públicas e burocráticas de saúde, numa equipe multiprofissional, com um aporte de conhecimento interdisciplinar e possuir um objeto de natureza coletiva são características que fazem do médico-sanitarista um profissional dife-

renciado em sua corporação.

Ao se reconstituir a história do médico-sanitarista, observa-se que embora ele apresente, desde os primórdios de sua atuação, características peculiares em relação aos demais médicos, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade são elementos que gradativamente foram se incorporando à especialidade, num processo social e historicamente determinado. Ao longo desse processo, o médico-sanitarista passou por diversas fases, que lhe imprimiram diferentes *faces*, cada uma apresentando características próprias. Observa-se também que a conformação de uma nova face não significou o desaparecimento da face anterior. O convívio entre elas se deu quase sempre de maneira pouco harmônica, identificando-se apenas a predominância de uma sobre a outra em determinados períodos.

#### Um breve histórico das faces do médico-sanitarista

A criação do Curso de Higiene e Saúde Pública para formar médicos-sanitaristas, em 1925, é o marco inicial do reconhecimento pelo Estado da atividade do sanitarismo como uma especialidade médica no Brasil. A discussão sobre a criação da especialidade do médico-sanitarista estava inserida no movimento de incorporação do paradigma da medicina científica desencadeado pela publicação do Relatório Flexner, que tinha entre seus elementos estruturais a especialização. Outro fator importante nesse processo foi a influência norte-americana exercida através de uma rede de agências liderada pela União Panamericana, posteriormente denominada Organização Panamericana de Saúde (OPS), que passou a investir, nos anos 20, na área de administração sanitária. Essa rede, denominada por Labra (1985) de conexão sanitária internacional, preconizava

a responsabilidade do Estado pelos serviços nacionais de saúde, a coordenação desses serviços por médicos especializados em questões de higiene e saúde pública e a criação de Escolas de Saúde Pública e da carreira de sanitarista.

A especialização permitiria a aquisição de um estatuto formal pelas ciências sanitárias e a profissionalização, reconhecimento e permanência de médicos especializados na administração pública. A luta por sua criação era uma tentativa de demarcar mercado de trabalho, um mercado constituído fundamentalmente pelos serviços públicos de saúde, pelas instituições estatais. Já nesse momento, o médico-sanitarista se diferenciava dos demais médicos ao se reconhecer como assalariado, como membro de uma organização, ao propor a dedicação exclusiva à sua atividade e ao enfrentar os seus pares — os clínicos — na luta por um território profissional.

Sob a égide dos princípios da medicina científica, e conjugada à influência norte-americana, que preconizava uma nova postura em relação à higiene, às práticas em serviço e ao estudo da organização da saúde pública, conformou-se a primeira face do médico-sanitarista, denominada *campanhista*. Por sua atuação, marcada pela realização de pesquisas experimentais e de campanhas sanitárias voltadas para o controle de epidemias, a face campanhista do médico-sanitarista possuía como características mais importantes o biologicismo, o cientificismo e a atitude modernizadora.

A especialização tornou-se realidade, mas a criação de uma Escola de Saúde Pública, uma das reivindicações dos médicos-sanitaristas, não foi possível nesse momento. Eles, contudo, continuaram envidando esforços no sentido de manter a saúde pública como prioridade e reivindicando *status* na hierarquia política e administrativa. Esse *status* seria alcançado através da criação de um Ministério, o que só aconteceu com o irrompimento da nova ordem político-institucional instaurada pela Revolução de 30.

O Ministério de Educação e Saúde foi criado em novembro de 1930, englobando o já existente Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Através da ação do DNSP, o Ministério constituiu-se em um orgão centralizador e interventor. Consolidou a prática do controle de endemias e epidemias, reforçando a face campanhista do médico-sanitarista, que, à semelhança da nova ordem política que se instituía, caracterizou-se pelo autoritarismo, intervencionismo e centralização.

O fim do Estado Novo e a instituição do regime populista confor-

mou mais uma face do médico-sanitarista: a desenvolvimentista. Ela se esboçou nos anos 40, criticando o padrão a partir do qual a Saúde Pública vinha se estruturando e se antepondo filosófica e praticamente à face campanhista, e ganhou força a partir do desmembramento do Ministério da Educação e Saúde e da criação do Ministério da Saúde em 1953, quando um dos seus principais mentores, o Dr. Mário Magalhães da Silveira, passou a colaborar com os ministros da pasta até 1964. A partir dos desenvolvimentistas, os médicos-sanitaristas iniciaram seu afastamento do modelo médico tradicional, biologicista, centrado no combate às endemias e epidemias. Sua abordagem dos problemas de saúde enfocava a questão econômica como fonte geradora de doença, apontava a necessidade do planejamento setorial, retomava a medicina como ciência social, incorporando de maneira ainda tênue a questão social. Essa concepção seria aplicada nos cursos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), outra importante aspiração dos médicos-sanitaristas concretizada nessa época.

Contrariando antigas aspirações dos médicos-sanitaristas, a ENSP não se constituiu, no entanto, como um locus exclusivo de formação de especialistas médicos, mas como um espaço de formação de especialistas de diversas categorias profissionais. A estratégia de formação de sanitaristas adotada pela ENSP foi a de oferecer cursos de saúde pública para categorias específicas (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, médicos-veterinários e engenheiros), além de cursos voltados para a formação de pessoal técnico. Os cursos ministrados pela ENSP vieram a consolidar uma proposta de formação de especialistas cuja meta era a preparação de técnicos e administradores de serviços de saúde. Começou a delinear-se, desde então, o caráter multiprofissional da saúde pública. A atividade do sanitarismo, até então desempenhada predominantemente por médicossanitaristas, passou a ser exercida por especialistas em saúde pública egressos de outras categorias profissionais. Já no final da década de 1960 assistiu-se à realização do Curso Básico de Saúde Pública, no qual diversas categorias profissionais passaram a compartilhar o mesmo espaço de formação.

A partir da segunda metade da década de 1960, a política de saúde adotada pelo Estado passou a privilegiar a atenção médica individual, de base hospitalar e privada, tratando com descaso as ações conduzidas pelo Ministério da Saúde. Observa-se, nesse momento, um retorno à face campanhista, que predominou sobre a desenvolvimentista, a despeito desta

última ter obtido, no início da década, algumas conquistas em relação à condução das ações relativas à saúde pública.

Foi nesse período, fins dos anos 60 e início dos anos 70, que se deu uma intensa incorporação de inovações científicas e tecnológicas pela medicina, o que gerou profundas mudanças na prática e no saber médicos, levando à expansão das especialidades no Brasil. A divisão técnica do trabalho advinda dessas transformações impôs a segmentação da profissão médica e acentuou a complementariedade entre as diversas formas de trabalho (Donnangelo, 1975). Vê-se, nesse momento, reforçada a atipicidade da especialidade do médico-sanitarista em relação às demais especialidades médicas. À medida que o médico especialista legitimava-se social e culturalmente (Starr, 1992), tornando-se o protótipo da profissão, num movimento de valorização das especialidades, progressivamente o médico-sanitarista, assim como os demais profissionais sanitaristas, foise vendo alijado da condução e implementação das políticas de saúde.

O Ministério da Saúde, com seu discurso dominantemente campanhista e suas práticas rotinizadas e burocratizadas, sofreu um declínio progressivo. Com isso, também os sanitaristas viram-se relegados a um segundo plano, investidos de um papel secundário, residual, apenas mantenedor das antigas práticas campanhistas. Esse foi um período marcado pelo refluxo das ações de interesse coletivo e afluxo das ações individuais.

O período que vai de meados da década de 1970 ao início da década de 1980 é um período complexo e rico em transformações que são decisivas para a conformação de mais algumas faces do médico-sanitarista. Para uma melhor compreensão das mudanças pelas quais passou a especialidade nesse período é necessário fazer referência a duas vertentes teóricas difundidas na América Latina, a medicina preventiva e a medicina comunitária, que contribuíram para a formação de um novo pensamento e uma nova prática na área da saúde pública.

A medicina preventiva foi "um movimento ideológico que tinha como projeto a mudança da prática médica, através de um profissional médico que fosse imbuído de uma atitude formada nas Faculdades de Medicina e representou um leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica (...) e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico" (Arouca, 1975). O modelo preventivista, na sua redefinição das funções médicas, introduziu como elementos básicos o conceito ecológico de saúde e doença, a história natural das doenças e a multicausalidade. Criticou a prática médica vigente em suas características esta-

belecidas pelo paradigma da medicina científica (o biologicismo, a especialização, a tecnificação e o seu caráter individualista) e utilizou como conceitos estratégicos a integração, a inculcação e a mudança. Delimitou sua ação entre os campos da saúde pública e da medicina social, estabelecendo uma ruptura com a higiene, se impôs como uma disciplina independente e aglutinou várias disciplinas, como a epidemiologia, as ciências sociais, a medicina quantitativa, a organização e administração sanitárias.

O discurso preventivista expandiu-se na América Latina através de uma estratégia empreendida por algumas fundações norte-americanas, em especial pela Organização Panamericana de Saúde (OPS). Fazia parte dessa estratégia a organização de seminários internacionais (Viña del Mar e Teochuacán). Esses seminários sugeriram, entre outras iniciativas, a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) nas escolas médicas. A absorção do modelo preventivista pelos DMP deu-se de forma diferenciada, observando-se contudo a predominância de um caráter racionalizador. Esse caráter racionalizador, aliado a uma visão de modernização, conformou a face *racionalizadora/modernizante* do médico-sanitarista.

O surgimento da face racionalizadora/modernizante aconteceu num momento de crise do modelo de assistência vigente, dentro de uma crise mais ampla pela qual passava o país. Contrapondo-se à conservadora face campanhista, a face racionalizadora/modernizante tentou resgatar para o Ministério da Saúde o papel de condutor das políticas de saúde. Embora ainda sob a influência do modelo médico, esta face incorporou idéias difundidas pela OPS, que orientavam para a execução de programas de medicina comunitária.

A medicina comunitária se originou nos Estados Unidos e se consolidou na América Latina, na década de 1970, através de programas de prestação de serviços a populações marginalizadas urbanas e rurais. Segundo Donnangelo (1979), "desenvolvendo-se na seqüência de outras propostas de recomposição da prática médica, tais como a Medicina Integral e a Medicina Preventiva, A Medicina Comunitária não se introduz como um novo campo conceitual frente a uma nova problemática, mas assenta em princípios já elaborados no interior daquelas propostas o seu projeto nuclear: uma estratégia de prestação de serviços à população". A medicina comunitária apresentou-se como um modelo mais racional ante a crescente demanda do setor saúde, incorporando temas das ciências sociais e da economia e preconizando a extensão de cobertura, a diminuição de custos, a simplificação tecnológica e a participação comunitá-

ria. Sua proposta foi também denominada cuidados primários de saúde, atenção primária, medicina simplificada e programas de extensão de cobertura.

Também na década de 1970, os DMP conduziram um processo de revisão do modelo preventivista que havia sido introduzido no ensino médico, criticando o modelo tradicional de formação de médicos e de sanitaristas. Como resultado dessa discussão, um novo corpo de idéias ganhou força dentro dos DMP, conferindo às ciências sociais um papel relevante na análise das condições e problemas de saúde da população. Um corpo de idéias que se constituiu em um novo marco conceitual da saúde pública — que passou, a partir daí, a ser denominada, mais amplamente, como saúde coletiva. Esse pensamento acenou com outras perspectivas de formação e atuação dos profissionais envolvidos no setor saúde. Perspectivas que foram efetivadas através de cursos de pós-graduação. Assim, entre outras experiências, destaca-se a criação do Curso de Medicina Social no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Para Nunes (1988), "essa pós-graduação, assim como o desenvolvimento das Residências em Medicina Preventiva e Social, no final de 70, e os Cursos de Especialização em Saúde Pública, como também os Cursos Regionalizados de Saúde Publica, a partir de 1975, representam um salto qualitativo da maior relevância para a área de Medicina Social". Configurou-se assim mais uma etapa da metamorfose pela qual vinha passando o médico-sanitarista, conformando-se nesse momento a sua face médico-social. A face médico-social supera as antigas faces, afastando-se ainda mais do biológico e dirigindo-se para o social.

No decorrer desse processo, dois importantes acontecimentos devem ser destacados: a descentralização dos Cursos Básicos de Saúde Pública (CBSP) oferecidos pela ENSP e o desenvolvimento das Residências em Medicina Preventiva e Social (RMPS). A descentralização dos CBSP se deu no ano de 1975, compondo uma estratégia que visava a formação de uma massa crítica, através da aceleração da capacitação de profissionais. Essa estratégia levou a uma multiplicação sem precedentes na formação de sanitaristas, possibilitando a entrada maciça de outros profissionais na área da saúde pública. Objetivava-se, com isso, a formação de um generalista capaz de abordar as questões mais rotineiras em saúde pública. Conformou-se assim a face generalista do médico-sanitarista, agora irreversivelmente miscigenado a outras categorias profissionais. Além do aspecto quantitativo, a descentralização dos CBSP representou também uma mudança qualitativa, pela adoção de conteúdos inovadores.

Quanto às RMPS, data de 1962 a criação do primeiro programa, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Essa modalidade de formação, que se supunha ser uma via exclusiva do profissional médico, vem a algum tempo passando por um processo de revisão em que se discutem questões como a natureza e a especificidade do trabalho do profissional egresso desses programas e a não diferenciação desse profissional pelo mercado de trabalho.

#### A face contemporânea do médico-sanitarista

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, inaugurou uma nova era em relação ao desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil. Suas propostas conduziram a um projeto de mudanças do sistema de saúde que culminou na idéia de uma ampla Reforma Sanitária. Uma reforma que repercutiria nos planos político, jurídico e institucional, apresentando-se como uma alternativa à então vigente organização do sistema de saúde.

Segundo Teixeira, "a construção do projeto da reforma sanitária funda-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação dos serviços de saúde. Assim, a estratégia de transformação da situação de crise, inspirada em uma leitura socializante da problemática da saúde, concretiza-se na perspectiva da luta pela democratização que se baseia na interpelação dos indivíduos enquanto cidadãos, capazes de aprofundar sua consciência sanitária, e assim transformarem-se em atores sociais organizados na luta pelo direito à saúde como dever do Estado" (Teixeira, 1988).

O processo de Reforma Sanitária funcionaria como uma alavanca na luta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de resgatar a qualidade e a credibilidade dos serviços públicos. Nesse momento, em que se tentava trazer a questão sanitária para o centro da cena, viu-se novamente politizada a questão da saúde. Com a proposta da Reforma Sanitária, "surge na cena política brasileira a noção de direito social universal, entendido como atributo de cidadania sem qualificações, ao qual deve corresponder, como direito, não como concessão, uma ação estatal constitutiva da oferta de serviços que lhe são inerentes" (Favaret & Oliveira, 1990).

Como parte desse projeto, discutiu-se a necessidade de uma reorientação da política de desenvolvimento de recursos humanos. Realizou-se, assim, a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que foi um momento político importante na adoção de novas estratégias de desenvolvimento de recursos humanos. Nessa conferência apontou-se a necessidade de revisão da forma de preparação e capacitação dos profissionais de saúde, para que se pudesse propiciar a eles uma formação mais adequada às necessidades de saúde da população. Além disso, esses profissionais deveriam ser alvo de uma política que valorizasse seu trabalho e que permitisse sua ascensão profissional, sua dedicação ao serviço público e sua integração à equipe. Quanto ao médico-sanitarista, nenhum papel específico na condução e implementação das políticas de saúde lhe foi atribuído.

O projeto de recuperação do setor público de saúde, sua reformulação e o resgate de suas atribuições, passava necessariamente pela recuperação de seus profissionais, de seu papel nas instituições, de seu lugar dentro da equipe. A criação de um Sistema Único de Saúde universal, equânime, integral, descentralizado e hierarquizado, capaz de dar respostas técnico/operacionais às necessidades de resolutividade e eficiência dos serviços, impôs a discussão acerca da gerência do sistema. Fazia-se necessária uma nova prática gerencial, integrada a esse novo sistema de saúde.

Nesse cenário situa-se o médico-sanitarista, exercendo uma ocupação que historicamente perdeu prestígio, poder e reconhecimento social. Perda essa advinda do lugar a que foram relegadas as questões relativas à saúde coletiva no país. Tais questões foram tratadas de modo diferenciado e instável pelo Estado ao longo do tempo. Essa instabilidade, que caracteriza as instituições públicas responsáveis pela condução e implementação das políticas de saúde, fez com que essas instituições prestassem um serviço descoordenado, irracional, ineficiente e de baixa qualidade, revelando-se assim um descomprometimento da administração pública com seus fins, a *res publica* e o bem-estar do cidadão. Nessas instituições estão inseridos os sanitaristas (entre eles o médico), que se vêem muitas vezes à mercê dessa instabilidade.

O momento que se apresenta para a saúde coletiva vem marcado pela necessidade de reconstrução, de recuperação e retomada de sua importância na cena política e social do país. Vem marcado também pela necessidade de respostas, de resoluções, de afirmações. Para tanto, além da luta travada nos planos político, jurídico e institucional, a saúde coletiva defronta-se com a necessidade de instrumentalização e reorganização técnica.

O desafio da gerência configura uma nova face do médico-sanita-

rista, a gerencial. Esta face evidencia a superação da antiga face generalista e a necessidade de instrumentalização para a solução de problemas em áreas fundamentais, as subáreas da saúde coletiva. A reformulação da prática e o redimensionamento do conhecimento apontam para o planejador, o epidemiólogo, o administrador. Aqui, os pares do médico-sanitarista não são os médicos, mas outros profissionais, que com ele se identificam pelo fato de exercerem a mesma ocupação — a de sanitarista. Nessa heterogênea coexistência ocupacional, a convivência entre diferentes interesses corporativos muitas vezes leva a conflitos na busca pelo reconhecimento profissional e legitimidade social. Reconhecimento e legitimidade já conferidos ao médico pelo fato de que ele pertence a uma comunidade que validou objetivamente sua competência (Starr, 1992).

O surgimento da face gerencial impõe uma reflexão a respeito das estratégias de formação de especialistas na área e das vias de formação de sanitaristas exclusivamente voltadas para a profissão médica, objetivando adequá-las a essa nova realidade. Uma das estratégias utilizadas tem sido a adoção de cursos para a formação de quadros técnicos em áreas específicas da saúde coletiva. Cursos que se multiplicam e se afirmam, numa demonstração da irreversibilidade do processo.

Quanto aos CBSP, eles têm passado por seminários periódicos de avaliação, de redefinição de perfil, de readequação à dinâmica política e institucional e às demandas advindas da divisão técnica do trabalho do profissional de saúde coletiva. Como já se disse anteriormente, também as Residências Médicas da área vêm passando por debates relativos a essas questões, acrescentando-se a elas discussões acerca de sua manutenção como formadoras apenas de especialistas médicos, da demanda do mercado por esses especialistas e, sobretudo, da não diferenciação dos mesmos pelo mercado de trabalho.

Como vimos, a saúde coletiva, por sua natureza social e pública, se afasta progressivamente dos interesses do corporativismo médico, e o médico-sanitarista, enquanto profissional, perde aos poucos a posição de direção técnica do processo, o domínio da especialidade e do mercado de trabalho. O avanço de tais acontecimentos transforma a saúde pública, de uma especialidade médica em uma ocupação multiprofissional, onde diversas categorias se completam, trocando experiências, conhecimentos e práticas.

Torna-se necessário, nesse momento, refletir acerca do que é ser sanitarista e identificar a especificidade do médico-sanitarista no universo dos profissionais de saúde coletiva.

Ser sanitarista é atuar em uma área ampla, interdisciplinar e multiprofissional denominada saúde coletiva, cujo corpo de conhecimento não pertence a uma só categoria profissional, mas a várias. Uma área que oferece diversas possibilidades de formação de recursos humanos, tais como as Residências Médicas, os cursos de especialização e os cursos de pós-graduação.

A formação de sanitaristas se iniciou na década de 1920, com a criação do Curso de Higiene e Saúde Pública para formar médicos-sanitaristas. Estes, desde então, passaram por momentos históricos que lhes imprimiram diferentes faces, num movimento que aponta para uma superação paulatina do enfoque biologicista e para a incorporação de marcos conceituais emergentes da medicina preventiva e social. Observa-se, no processo de formação dos sanitaristas, que essa transformação de paradigmas caracterizou-se "pela busca de uma compreensão crítica dos processos de saúde-doença como fenômenos coletivos e da determinação social dos serviços de saúde articulada como uma proposta de intervenção sobre os processos de saúde-doença e as instituições do setor" (Labra, Stralen & Scochi, 1988).

Muitas foram as definições e os papéis atribuídos ao sanitarista ao longo de sua história. Definições e papéis que foram se modificando nos diversos momentos políticos e institucionais pelos quais passou a área da saúde coletiva. O caráter multiprofissional do sanitarismo tornou-se evidente a partir da década de 1970, quando houve uma multiplicação e uma diversificação sem precedentes na formação de sanitaristas. Nessa época, a formação de recursos humanos para a área da saúde pública partia da concepção do sanitarista como um generalista, definindo-o como "um profissional capaz de identificar os determinantes do processo saúde-doença e da organização dos serviços de saúde, bem como de implementar estratégias de intervenção sobre a organização dos serviços e sobre práticas de saúde, com ênfase no compromisso político" (Labra, Stralen & Scochi, 1988). Contudo, as expectativas em relação a esse profissional modificaram-se, superando o momento em que o sanitarista deveria pertencer a uma massa crítica com perfil de generalista em saúde pública. Como resultado da divisão técnica do trabalho, o novo perfil concebido para o sanitarista passou a ser o de um profissional apto a solucionar problemas de áreas específicas da saúde coletiva.

Durante todo esse processo esteve presente a figura do médico, um profissional que, pela legitimidade e autoridade a ele historicamente conferidas, teve sempre um papel de destaque na atividade do sanitarismo.

Tendo sido o primeiro profissional a tornar-se sanitarista, devido às características de sua área de atuação, o médico foi paulatinamente compartilhando com outras categorias profissionais o saber, a prática e o mercado de trabalho da área. Isso faz com que o médico-sanitarista não possua, como os outros especialistas médicos, um corpo esotérico de conhecimento, um território exclusivo e uma sociedade de caráter nacional que o regule, aglutine e controle. Ele é um profissional híbrido, estranho aos interesses corporativos, sem identidade com seus pares.

A criação das Residências em medicina preventiva e social pode ser interpretada como uma tentativa de assegurar para a categoria médica o poder e o saber da área da saúde coletiva, para com isso reservar um mercado de trabalho que seria exclusivamente médico, como o das demais especialidades médicas. Mas, nesse caso, tal realidade não se conformou. Por isso, a discussão acerca da multiprofissionalidade das RMPS há muito vem sendo travada, e em alguns programas outros profissionais já se fazem presentes.

Mais do que multiprofissionais, as Residências em saúde coletiva perderam seus laços paradigmáticos com a medicina, escapando do poder e do controle da corporação. Esta, por mais organizada e poderosa que seja, não conseguiu manter a saúde coletiva sob seu domínio. Se só aos médicos é permitido o exercício da medicina, uma medicina científica, nem só aos médicos-sanitaristas é permitido o exercício da atividade sanitária, uma atividade social, pública.

A medicina científica utiliza-se de seu paradigma para expurgar de seu interior tudo o que ela não considera científico. Isso, no entanto, não acontece sem que antes a suposta *anomalia* seja por ela apropriada e testada. Portanto, há que se supor algum tipo de reação da corporação médica a essa realidade aparentemente irreversível.

Há que se pensar também sobre a tendência que vem sendo verificada nas RMPS de um progressivo esvaziamento, de uma baixa demanda, concomitante a uma maior procura por outras especialidades. A saída do profissional médico dessa área de atuação irá sem dúvida produzir efeitos no saber, na prática e no próprio lugar ocupado pela saúde coletiva em nossa sociedade.

Concluindo, todas essas mudanças conduzem a questionamentos e dúvidas sobre as perspectivas do médico-sanitarista e sobre a própria existência futura dessa especialidade. A metamorfose pela qual passou o médico-sanitarista ao longo de sua história conferiu-lhe diversas faces, sendo a gerencial a sua face contemporânea. Contudo, o lugar secundário

a que foram relegadas as questões sociais, entre elas a saúde, conduziu, nos dias de hoje, a um grave quadro sanitário. Um quadro bem semelhante ao que ocorreu no início deste século, constatando-se o retorno, em proporções epidêmicas, de doenças consideradas extintas. Num momento em que se discute avanços tecnológicos, *modernidade*, esse quadro faz pensar num retorno à face campanhista do sanitarista do início do século, na volta do *mata-mosquitos*, no pouco que se conquistou em termos de cidadania e no muito que ainda há por conquistar. Às indagações suscitadas pelo que se discutiu neste texto não se pode responder agora, mas certamente seus desdobramentos repercutirão de maneira decisiva sobre a saúde coletiva. Repercutirão também sobre os profissionais que nela atuam, e assim configurar-se-á, quem sabe, uma nova face do médico-sanitarista.

#### Bibliografia

- AROUCA, A. S. da S. O *Dilema Preventivista*. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese de doutorado em Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975, 261 p.
- BELISÁRIO, S. A. Médico-Sanitarista: As muitas faces de uma ocupação. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, RJ, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório Final. Brasília, 1986.
- BUSS, P. M. A Experiência do Programa de Apoio às Residências em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública (PAR-MS/MP/SP). Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil. Rio de Janeiro, Abrasco/Nutes/Clates/Ensp, v. 1, 1982, p. 53-67.
- DONNANGELO, M. C. F. 1975. *Medicina e Sociedade*: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo, Pioneira. 1975, 174 p.
- DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. 2a. ed., São Paulo, Duas Cidades, 1979, 124 p.
- DUSSAULT, G. A. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: características e exigências. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 26, nº. 2, 1992, p. 8-19.
- ESCOREL, S. Reviravolta da Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2 v, 1987.

- FAVARET FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J. de. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 33, nº 2, 1990, p. 257-283.
- FRIEDSON, E. The Reorganization of the Medical Profession. Medical Care Review. Spring, 1985, p. 11-35.
- FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO. Requisitos Mínimos de um Programa de Residência Médica: competências em Medicina Preventiva e Social. Documentos de trabalho nº 63. São Paulo, 1992, 41 p.:
- HERRIES-JENKINS, G. Professionals in Organizations. (s. n. t).
- LABRA, M. E. O Movimento Sanitarista nos Anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil. Dissertação de Mestrado em Administração Pública. Rio de Janeiro, Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 1985, 410p.
- LABRA, M. E, STRALEN, C. J. van & SCOCHI, M. J. A Especialização em Saúde Pública no Brasil no Período 1982-1986. *Estudos de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Abrasco, v. 5, 1988, p. 47-96.
- LUZ, M. T. As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. 3ª ed., Rio de Janeiro, 1986, Graal, 295 p.
- MARINHO, M. J. M. da C. *Profissionalização e Credenciamento*: a política das profissões. Coleção Albano Franco, Rio de Janeiro, Senai, 1986, 113 p.
- MARX, K. Cooperação. In: Marx, K. O Capital: crítica da economia política. 4ª ed., Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, v. 1, cap. XI, 1968, p. 370-385.
- MENDES, E. V. A Evolução Histórica da Prática Médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte, PUC-MG/Finep, 1984, 124 p.
- MORAES, L. F. R. Cultura organizacional: implicações para fusão e aquisição de empresas. *Análise e Conjuntura*. Belo Horizonte, v. 1, nº 3, 1986, p. 107-127.
- NUNES, E. D. A Medicina Social no Brasil, um Estudo de sua Trajetória. Estudos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Abrasco, v. 5, 1988, p. 97-111.
- PAIM, J. S. Medicina Preventiva e Social no Brasil. In: Paim, J. S. Saúde, Crises e Reformas. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBa, 1986, p. 29-41.
- STARR, P. The Social Transformation of American Medicin. U. S. A.: Basic Books, 1992.
- TEIXEIRA, S. M. F. O Dilema da Reforma Sanitária. In: Berlinger, G., Teixeira, S. M. F. & Campos, G. W. Reforma Sanitária na Itália e no Brasil. São Paulo, Hucitec/Cebes, 1988, p. 195-207.
- \_\_\_\_\_ (org.) Antecedentes da Reforma Sanitária. *Textos de Apoio*. Rio de Janeiro, Pec/Ensp, 1988.

- UCHOA, H. W. & PAIM, E. R. A Experiência da ENSP com a Descentralização do Curso de Saúde Pública. *Ensino da Saúde Pública*, *Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro, Abrasco/ Nutes/Clates/Ensp, v. 1., 1982, p. 53-67.
- WILENSKY, H. L. The Profissionalization of Everyone. In: Grunsky, O. & George, M. (eds.). *The Sociology of Organization: Basic Studies*. New York, The Free Press, 1970, p. 483-501.

oidf. mithig no frasil no feriodo 1982-1986. Estudos de Saúde Coletar de Mio

AFTE in 1868 I IX cap I viendined bearing of the 1868 in 1874

termination of the complete of

### El trabajo en enfermería

Maria Consuelo Castrillon Agudelo

### Características generales del trabajo en salud

El trabajo en salud hace parte del sector terciario de la economía. Su función social es comparable, en importancia, con el trabajo en el campo de la educación. En el área de la salud se da una fuerte división del trabajo que se ubica en instituciones de diferente naturaleza: sistemas populares, de beneficencia, de seguridad social, atención privada y sistemas oficiales de nivel nacional, departamental o municipal.

El proceso de producir servicios de salud es intensivo en el uso de trabajo humano y de incorporación de tecnología, característica difícil de encontrar en otros servicios. Es trabajo pesado, intenso y extenso en jornada, por eso es de los trabajos más exhaustivos.

La producción y el consumo actúan simultánea y fragmentadamente, es decir, en el mismo momento en que se produce un servicio o un acto en salud, es consumido. Según los economistas, el trabajo es de flujo discontinuo, porque existe un espacio de tiempo entre una actividad y otra. Se producen diversos números de actos o procesos parciales dirigidos a un mismo fin: medios de diagnóstico, actos médicos y de enfermería, trámites administrativos.

La división técnica del trabajo en sentido horizontal, se da con mayor intensidad en la profesión médica y da lugar a la especialización que aumenta la complejidad y el costo del acto clínico, por la intervención de un mayor número de profesionales altamente calificados. La especialización conduce a la diferenciación entre productores — en este caso de servicios de salud — que se expresa en tres niveles: a) el de los instrumentos de trabajo: información y equipos: b) el del objeto directo de su trabajo: grupos

<sup>1</sup> MEDICI, A. C. Conferencia, Curso Latinoamericano de Recursos Humanos en Salud. Rio de Janeiro, OPS/ENSP-FIOCRUZ, Sep de 1992.

etáreos, patologías, sistemas, aparatos u órganos: c) el de las acciones técnicas que se desarrollan sobre ese objeto.<sup>2</sup> Son diferentes los instrumentos de trabajo, el objeto de intervención y las acciones técnicas entre ortopedistas, oftalmólogos y cirujanos generales. Sus actos clínicos generan a la vez intervenciones especializadas por parte del profesional de enfermería. La especialización de los primeros se alcanza por procesos formales producidos por el sector educativo y está regulado por la Ley.

La especialización del profesional de enfermería, se produce regularmente de manera informal, se adquiere durante la experiencia de trabajo en los servicios de salud y opera para efectos legales de responsabilidad profesional y demandas por mala práctica. Esto ocurre por los pocos programas de especialización que se ofrecen, por la ausencia de interés en la dirigencia de las instituciones de salud para especializar este personal, por la falta de proyectos de desarrollo y cualificación para el personal vinculado a los servicios de salud y, en especial, porque la mayor calificación significa contar con mayor presupuesto para crear cargos y ajustar salarios. Las mismas razones explican los motivos por los cuales se han dificultado los proyectos para profesionalizar auxiliares de enfermería.

La especialización adquiere legitimidad en el nivel terciario — de alta tecnología y mayor complejidad hospitalaria- según la división de la atención en salud y en grandes concentraciones urbanas, donde se ubica la mayor parte de los profesionales del área. Otra situación ocurre en el primer nivel de atención y en los programas de atención primaria dirigidos a poblaciones rurales y marginadas urbanas. Los informes presentados al XVI Congreso Cuadrienal del Consejo Internacional de Enfermeras, realizado en Japón en 1976, son elocuentes y dan cuenta de una realidad que veinte años después permanece sin modificaciones:

Es sin duda la insuficiencia de médicos en zonas rurales alejadas y en zonas urbanas donde se vive en condiciones de indigencia o de pobreza, la causa mayor que lleva a considerar a la enfermera como asistente sanitario primario<sup>3</sup>

En Tailandia, las enfermeras pueden legalmente desempeñar funciones curativas en clínicas rurales donde no hay médicos<sup>4</sup>

<sup>2</sup> DONNANGELO, M. C. Medicina e Sociedade. São Paulo, Pioneira, 1979.

<sup>3</sup> SANDOVAL, I. Enfermería en América del Sur y Central. EN: Anec. Año VII (21-22): 32-41, May-Dic 1977.

<sup>4</sup> DE SILVA, H. Enfermería en el Sudeste Asiático. EN: Anec, Año VII (21-22): 25-31, May-Dic 1977.

Bajo esta racionalidad de servicios insuficientes para poblaciones pobres, se desarrolla la política de ampliación de coberturas, apoyada en personal de enfermería de diferentes niveles y en promotores de salud. En muchos lugares, la atención del parto está relacionada con la capacidad de pago de la usuaria del servicio, determinando la atención por un obstetra, una enfermera o una partera empírica.

Por otra parte, existe una división técnica del trabajo, que opera verticalmente, a partir de la redistribución de tareas entre personas de diferentes niveles de calificación, que genera una importante demanda de personal auxiliar<sup>5</sup> por ser menos costoso para un sector de carencias seculares. Este fenómeno tiene mayor presencia en enfermería, donde existen al menos tres niveles jerárquicos entre: profesionales, auxiliares y ayudantes de enfermería -o atendentes como se les llama en algunos países. En todo trabajo institucional se debe atender a la normatización de las actividades, la racionalización del uso de instrumentos de trabajo, el establecimiento de vías institucionales de cooperación entre el grupo o equipo de trabajo. Allí se ubican resistencias de los profesionales y técnicos para someterse a normas capaces de interferir con su autonomía.<sup>6</sup>

En relación a la labor ejercida por los trabajadores de la salud, el trabajo médico posee la máxima autonomía y ejerce gran poder institucional. Los profesionales de enfermería realizan las coordinaciones con las áreas de apoyo y viabilizan el cumplimiento de normas y rutinas en los servicios, situación que puede generar conflictos intergrupales. Estos cruces de poderes dificultan la mayoría de las veces la convivencia, la tolerancia, el ejercicio de la democracia y el respeto de los derechos de los enfermos y demás usuarios de estos servicios.

### El trabajo en enfermería

El trabajo en enfermería es acentuadamente estratificado por niveles de formación, títulos variables por países y escasa delimitación de las acciones desarrolladas por cada categoría ocupacional. El predominio de mujeres en su composición, en un mundo donde el poder es masculino, ha construido una cultura de trabajo remedo de la familia, donde la au-

<sup>5</sup> BELMARTINO, S. et al. El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en Argentina. EN: Cuadernos Médico Sociales. (20): 10, Jun. 1986.

<sup>6</sup> BELMARTINO, S. et al. Ibid. p. 11.

toridad paterna se atribuye al médico y el rol de madre sumisa y obediente a la enfermera.

En el campo hospitalario, la enfermera tiene escasa autonomía técnica y administrativa, en el comunitario requiere de iniciativa y creatividad para acompañar proyectos sanitarios y tomar decisiones de todo tipo.

La historicidad del proceso de división del trabajo en enfermería, muestra una realidad diferente a las aspiraciones que la idealizan, tanto en su función social de cuidar, como en la de administrar el cuidado, o gerenciarlo -como se denomina actualmente -. Por historicidad del proceso de trabajo se entienden las transformaciones que ocurren tanto en el objeto y finalidad del proceso, como en la formación, denominación y actividades desempeñadas por los agentes -en este caso las enfermeras-y sobre todo en el cuerpo de conocimientos que preside el proceso.<sup>7</sup>

La enfermera, en los actuales servicios de salud, se ha distanciado de las actividades correspondientes a su preparación técnica y ha asumido actividades dispersas en: administración de personal, administración de recursos materiales, alimentación de sistemas de información, tareas que no realiza otro personal. Esta situación ha sido constatada por diferentes estudios, uno realizado por antropólogos, en Buenos Aires — Argentina —, refiere:

La amplia gama de funciones que debe cumplir: distribución de trabajo al personal: disposición del personal en los distintos días, turnos y servicios: consecución de ropas, materiales, medicamentos y aparatos: puesta al día de información y ficheros: atención a las demandas de los familiares de los pacientes: coordinación de los servicios de diagnóstico y tratamiento: atención de los pacientes, etc., diluye el perfil de su rol y la dispersa en un sinnúmero de tareas que se apartan del objetivo mismo de la enfermería<sup>8</sup>

Otro estudio, concluye que los profesionales de enfermería, cuya formación tiene un alto costo social, así como un alto nivel de conocimientos, actitudes y aptitudes, están subutilizados por las instituciones de salud y marginados totalmente en su ejercicio profesional con graves consecuencias tanto en la calidad de la atención en salud, como en satis-

<sup>7</sup> ROCHA, S. M. M.: ALMEIDA, M. C. P. Origem da enfermagem pediatra moderna. EN: Revista Escola de Enfermagem da USP. Vol. 27 (1): 26, abr. 1993.

<sup>8</sup> PIÑA, Nelly: DAINO, Leonardo y MORENO, Inés. La inserción de enfermería en el contexto hospitalario. EN: Anec, Vol. VII (20): 17-33. Ene-Abr. 1977.

facción profesional. Razones para esta situación se ubican en la insuficiencia de este personal, demostrada por estudios en diversas instituciones y países. Influyen también, la flexibilidad institucional para asignar e inventar funciones de acuerdo con las necesidades de cada momento y el contraste que existe entre la amplia gama de especialidades médicas y las restringidas oportunidades de especialización que tienen las enfermeras vinculadas a los servicios de salud.

Sin un referente conceptual de enfermería, que fundamente su ejercicio profesional, es imposible determinar su área de responsabilidad. Cada enfermera la identificará de diferente forma y, en consecuencia, desarrollará las actividades que considere necesarias. De ahí la importancia de recuperar la historicidad del cuidado, analizar críticamente su pertinencia y resituarlo como objeto del saber y la acción del profesional de enfermería.

La falta de una identificación y apropiación de su objeto de trabajo y de su objetivo social, así como la división del trabajo entre diferentes niveles de enfermería, genera contradicciones entre rescatar el cuidado directo o fomentar las acciones gerenciales. Esto desemboca en conflictos en relación con la formación profesional y en la definición de su papel, tanto dentro del equipo de enfermería como en el multiprofesional del campo de la salud, <sup>10</sup> limita el desarrollo del conocimiento, frena las posibilidades de una configuración profesional de mayor solidez y priva a la población de recibir atención en salud de bajo riesgo.

La ausencia de consenso profesional acerca de sus funciones y actividades, dificulta el establecimiento de una política asistencial de enfermería en cualquier institución de salud. Además, el extenso campo de acción en que debe desenvolverse estos profesionales, afecta no sólo la coherencia interna de sus conductas, como también divide al grupo humano constituido por sus pares, creando fracturas artificiales que les impide actuar organizadamente para reconstruir y reorientar sus perfiles profesionales.

En la práctica hospitalaria, no se ha logrado la conquista idealizada de la autonomía profesional, porque sus actuaciones y decisiones quedan entre la autoridad de una administración superior y la autoridad técnica

<sup>9</sup> CASTRILLON, M. C.; ESCOBAR, I. y PULIDO, S. Calidad de Atención de enfermería en salas de trabajo de parto. *Informe de Investigación*, Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, 1990.

<sup>10</sup> KURGANT et al. Percepção dos enfermeiros sobre as atividades que desenvolvem em suas unidades de trabalho. EN: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 27 (2): 229-245, Ago. 1993.

del médico que, como ya se mencionó, posee la máxima autonomía en relación a los demás profesionales del campo de la salud.

En enfermería comunitaria, existen condiciones para desarrollar un modelo profesional autónomo y de mayor impacto en la gestión y acompañamiento de proyectos de salud participativos, en los campos de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Pero es este espacio el que concentra menor presencia de profesionales y mayor dispersión, donde se requiere una mayor fundamentación en el conocimiento de las relaciones salud-sociedad, que no proporciona la formación de pregrado y, donde las presiones políticas se imponen sobre la racionalidad técnica a la hora de tomar decisiones.

### Condiciones de trabajo

Por condiciones de trabajo se entiende el conjunto de factores que actúan sobre el individuo en el medio laboral. En otras palabras, son las características o modalidades bajo las cuales se consume la fuerza de trabajo — energía humana, física y mental empleada en el proceso —.

En la producción social de bienes y servicios necesarios para el desarrollo de la sociedad en su conjunto, el trabajo constituye la actividad básica mediante la cual los individuos se incorporan a la producción y a los servicios y conforman grupos con características socio-económicas específicas, que guardan relación con las condiciones bajo las cuales trabajan y con el modo de vida o condiciones bajo las cuales recuperan la fuerza física y mental consumida para mantener su capacidad de trabajo.

Así se han diferenciado en lo teórico metodológico, para fines de investigación en el terreno de las relaciones salud-trabajo, el momento de la producción — durante el trabajo — y el de reproducción — durante el consumo de bienes. "

Estudiosos del tema diferencian condiciones de trabajo intrínsecas y extrínsecas. Las condiciones intrínsecas, se refieren al trabajo propiamente dicho: al interés intelectual que representa la tarea: al tipo de trabajo: a las posibilidades de desarrollo personal, contenido, integralidad y cualificación del trabajo. Las condiciones extrínsecas pueden ser de orden material, estar ligadas a la organización o pertenecer al nivel

<sup>11</sup> Ver la producción en medicina social, de las Escuelas de Quito y Xochimilco, en el campo de condiciones de vida y salud y de las relaciones salud y trabajo, en particular las propuestas teórico-metodológicas de Jaime Breilh y Cristina Laurell.

psicosocial. Entre las de orden material se cuentan los aspectos de higiene y seguridad, comodidad y espacio físico. Se relacionan con la organización: las políticas institucionales, horarios de trabajo, salarios y estabilidad del empleo. Las psicosociales corresponden a las características del trabajo, relaciones horizontales y verticales: características del mando: información y canales de comunicación. 12

El conjunto de acciones de salud que conforman la respuesta social frente a los problemas sanitarios, constituye un aspecto de la producción de servicios, donde el proceso de trabajo, particularmente el de enfermería, se caracteriza por una serie de actividades y tareas de procesos discontinuos, con grados de responsabilidad y complejidad diferentes según su relación con el tipo de función dentro del complejo engranaje que comprende a la producción de servicios de salud.

Las condiciones de trabajo de las enfermeras pueden caracterizarse de altamente desgastantes por: sobrecarga de tareas, jornadas prolongadas — a veces de doce horas —, turnos rotatorios, trabajo nocturno<sup>13</sup>: frecuentes cambios entre áreas de diferente especialidad, escasas horas de descanso y carencia de lugares apropiados para tal fin dentro de los servicios; <sup>14</sup> pocas posibilidades de ascenso y promoción<sup>15</sup>. Además, porque es un personal expuesto permanentemente a riesgos biológicos — virus, bacterias, hongos —, químicos en todos los estados, que representan riesgos dermatológicos, oncológicos y para la salud reproductiva: físicos, que se constituyen en riesgos para accidentes, trastornos osteoarticulares y oncológicos. Más recientemente, se suma el riesgo de perder la vida, si se trabaja en servicios de urgencias o de cirugía, o en trabajo de campo en regiones convulsionadas por la violencia de diferente orden.

En este ámbito de trabajo — el de los servicios de salud — la percepción individual de la muerte, el dolor y el sufrimiento, ya no se manifiesta a distancia como puede ocurrir en el transcurso de la vida cotidiana. Adquiere una presencia que marca diversas formas de asumir la propia vida.

<sup>12</sup> CORREA, A. E. et al. Congelación de la Planta de Cargos y su relación con las condiciones de trabajo. Clínica León XIII, ISS, Antioquia. *Informe de Investigación*. Universidad de Antioquia-Anec-Iss, Medellín, 1990.

<sup>13</sup> ARANGO, E. et al. Características socio-económicas y condiciones de trabajo de enfermeras egresadas de la Universidad de Antioquia. EN: Investigación y Educación en Enfermería. Vol. III (1): 23. Mar. 1985.

<sup>14</sup> CASTRILLON, ESCOBAR y PULIDO. Opus. Cit. p. 25.

<sup>15</sup> CORREA, A. E. et al. Opus Cit. p. 3.

Finalmente, las carencias institucionales, en recursos materiales y humanos básicos, en suministro y mantenimiento oportuno de equipos y en la aplicación de normas científico-técnicas actualizadas, contribuyen al desgaste laboral de todo el personal de salud, deterioran progresivamente los servicios de salud, en especial los estatales, impactan la calidad de la atención y someten a riesgos permanentes a los usuarios de los servicios. 16

### El proceso de trabajo en enfermería

El proceso de trabajo, entendido como la forma histórica y social de organizar la actividad laboral, conjuga recursos de diverso orden -financiero, material, tecnológico, humano-. El proceso de ofrecer servicios de salud en general y de enfermería en particular, se inscribe en un medio institucional que lo condiciona mediante múltiples determinaciones, entre otras, la cantidad, calidad, y modalidades de distribución de los recursos: grado de complejidad de los problemas de salud que se deben atender y relaciones científico-técnicas, políticas y afectivas, derivadas de la distribución social de saberes, poderes y formas de comunicación interpersonal.

Según algunos autores, <sup>17</sup> el proceso de trabajo en salud se reorganizó alrededor de dos ejes básicos: 1) el control de la enfermedad en escala social: 2) la recuperación de los enfermos a nivel individual.

Sobre el primero se generaron modelos de organización de acuerdo con el énfasis conceptual y político hacia la enfermedad o hacia la salud. Así, se han desarrollado variados instrumentos de trabajo para diagnosticar situaciones de salud en poblaciones, levantar sus perfiles epidemiológicos o identificar necesidades de salud -según el enfoque-, así como para planificar o intervenir los ambientes de vida y de trabajo, educar para la salud y desarrollar acciones tendientes a la prevención de enfermedades y promocionar la salud y las condiciones de vida saludables.

El segundo proceso, está determinado por el paradigma clínico, centrado en la enfermedad, con sede en el cuerpo humano. El sujeto de intervención puede ser el humano enfermo o su patología — según la concepción que se tenga. El objetivo final, restaurar la salud o hacer

<sup>16</sup> CASTRILLON, M. C. Deterioro de los servicios de salud en un contexto de crisis. Trabajo Libre presentado durante el V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas, Marzo de 1991. Resumen EN: *Memorias del Congreso*, p. 329.

BRITO, P.; NOVICK, M. y MERCER, H. Personal de salud y trabajo: Una mirada desde las Instituciones. Rio de Janeiro, Documento Clarhus, Ops/Ensp-Fiocruz. Ago. 1992.

menos traumática la muerte. Se trabaja con instrumentos científico-técnicos y administrativos, para el diagnóstico, tratamiento y cuidados que demande la situación de cada sujeto de atención, en una organización mixta que conjuga procesos de alta tecnología en medios diagnósticos y terapéuticos, con procesos manuales de tipo artesanal.

Los dos procesos son altamente conflictivos, por el uso intensivo de trabajo humano, donde es necesaria la interrelación de actores diversos cargados de valores, símbolos, representaciones y poderes frente a la salud, la enfermedad, la vida, la muerte y las identidades profesionales, factores que se han acumulado a lo largo del tiempo hasta conformar una compleja cultura organizacional.

El trabajo en equipo multiprofesional es fundamental en la atención en salud, debido a que en el individuo o en el colectivo se concentran numerosas acciones sanitarias que requieren interpretación, coordinación e integralidad para que las intervenciones sean efectivas.

El profesional de enfermería es un componente básico del equipo sanitario, sus funciones y actividades están íntimamente ligadas con las desempeñadas por otro personal. En su constitución histórico-conceptual, el cuidado ha sido objeto de su saber y de su práctica, pero tal realidad no está en la conciencia de todos los profesionales. La división social y técnica del trabajo atomiza y dificulta en la práctica una visión global de la especificidad de sus intervenciones y la construcción de un proyecto de trabajo que permita pensar y actuar organizadamente en la búsqueda de fines específicos en salud.

Por eso, es necesario reflexionar, discutir y clarificar acerca de las relaciones y diferencias entre funciones asistenciales y gerenciales del trabajo profesional en enfermería. Hoy se observa que la asistencia directa es ejercida por todos los miembros del grupo de enfermería, en mayor proporción por personal auxiliar. La planeación, dirección y control de tales actividades se supone a cargo de un profesional que dada la insuficiencia cuantitativa, no puede hacer la cobertura espacio-temporal que tales responsabilidades demandan.

Gerenciar el cuidado y los servicios de enfermería, no constituye un desvío de su función esencial: lo es cuando se distorciona la administración adoptando tareas dispersas que nadie realiza, por temor a enfrentar

<sup>18</sup> SILVA, GOMEZ y ANSELMI. Enfermagem: Realidade e perspectiva na asistência e no gerenciamiento. EN: *Revista Latinoamericana de Enfermería*. Año 1, Vol. 1: 59-63. Janeiro, 1993.

con seriedad administraciones erráticas y el desorden institucional: o cuando la profesión se asume como servicio de la profesión médica.

Las enfermeras desarrollan sus actividades profesionales en forma rutinaria, fundamentadas en la tradición y en la autoridad y no en la reflexión sobre su práctica.<sup>19</sup>

A partir del momento en que el profesional de enfermería centre su atención en su objeto de trabajo — el cuidado de la salud individual o en colectivos — y cree un proceso de trabajo integrado con el equipo de enfermería, habrá ganado un importante terreno en el proceso de recobrar su identidad profesional, de cualificar la prestación de servicios de salud y podrá asumir desde una ética civil la responsabilidad de sus decisiones y de sus actos profesionales. Para que ésto ocurra, será necesario que el profesional de enfermería deje de llenar papeles que no son de su responsabilidad, de atender el teléfono, de buscar que los servicios de apoyo respondan eficientemente a las demandas de los servicios y abandone la preocupación por los inventarios y el mantenimiento de equipos -asuntos que competen a la administración general.

Algunas autoras, dicen que la especificidad del trabajo de la enfermera, está dirigida por dos ejes centrales: la asistencia, que constituye el trabajo directo de cuidado, en una relación interpersonal: y la organización de esta asistencia, que se realiza mediante el proceso administrativo. Otros planteamientos postulan que esas dos orientaciones no constituyen polos opuestos del trabajo de la enfermera, por el contrario hacen parte de un mismo proceso de trabajo. Quienes así piensan, señalan que la dicotomía entre administrar y asistir no deriva de la práctica profesional sino del discurso que se construye en el ámbito de lo académico, que no se apoya ni se legitima en la realidad del trabajo de la enfermera y de la salud como un todo. 21

<sup>19</sup> KURGANT, M. C. et al. Percepção dos enfermeiros sobre as atividades que desenvolven en suas unidades de trabalho. EN: *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 27 (21): 229, Ago. 1993.

<sup>20</sup> CARRASCO, M. A. P. Influência das escolas de administração científica e clássica na produção científica da enfermagem brasileira. EN: Rev. da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 27 (1): 43-65, Abr. 1993.

<sup>21</sup> CARRASCO, M. A. P. Influência das escolas de administração científica e clássica na produção científica da enfermagem brasileira. EN: Rev. da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 27 (1): 43-65, Abr. 1993.

Se necesita abandonar la rutina que se sigue en la actualidad, retomar herramientas disponibles y, en lo posible, crear nuevas maneras de ser, hacer y pensar enfermería. Entre las herramientas disponibles están: el proceso de enfermería y el administrativo, además de la orientación al trabajo interdisciplinario y la mayor conciencia de los nefastos efectos que puede dejar la atención de salud deficiente, asunto que hace referencia a la calidad de la atención.

### El trabajo interdisciplinario

El trabajo interdisciplinario no es un formalismo, constituye una práctica de integración social participativa y democrática, un trabajo colectivo donde se comparten objetivos, conocimientos y experiencias para ofrecer una solución integral a problemas de salud de individuos y de colectivos. Para lograrlo se necesita que cada actor tenga claridad sobre su campo de intervención, sus posibilidades y limitaciones, y sobre el campo de los demás. De igual manera, es necesario reconocer y respetar la diferencias de saberes, género y profesiones, potenciar la capacidad de cada actor, reconocer su importancia dentro del grupo de trabajo en el sentido de que su conocimiento y participación aporta a la solución de problemas determinados.

En la estructura interna de un equipo de salud en general y de enfermería en particular se deben conocer los perfiles profesionales, las funciones y responsabilidades de cada uno: compartir información y resultados: resituar los problemas en el conjunto de la estructura y la organización del trabajo, en una permanente comunicación.

Que un equipo técnico se denomine interdisciplinario, no garantiza que funcione como tal. Tampoco los equipos trabajan interdisciplinariamente como consecuencia de alguna norma. Sólo la toma de conciencia de la necesidad de trabajar en forma armónica, más horizontal y recíproca, puede conducir a tal meta.

#### Calidad de atención de enfermería

En la medida en que los servicios se amplían y el derecho a la salud se hace vigente, se vuelve indispensable garantizar la calidad de la atención, porque el compromiso por elevar las condiciones de vida y de salud de la población es inseparable del compromiso ético de asegurar la calidad de los servicios.

Muchos aspectos se han sugerido, como componentes de la calidad de la atención en salud, entre otros: accesibilidad física, económica y cultural: idoneidad en el sentido de actualidad científico-técnica: coordinación entre profesionales y técnicos dentro de la institución: efectividad en tanto condiciones del servicio para satisfacer las necesidades requeridas: eficacia para producir el efecto deseado con el mínimo de esfuerzos y gastos: participación del enfermo y su familia en la toma de decisiones y respeto por tales decisiones: seguridad en el medio asistencial y oportunidad en la asistencia.

La utilización adecuada de recursos, el porcentaje de infecciones, las tasas de reingresos, las complicaciones, las muertes evitables y muchos otros son parámetros que se deben monitorizar para corregir y mejorar la asistencia.<sup>22</sup>

También se han tenido en cuenta: la suficiencia y calidad de los recursos físicos y materiales: la disponibilidad y capacidades profesionales y técnicas del recurso humano según el nivel de atención: el suministro de material de consumo, el mantenimiento preventivo de equipos: la organización de los servicios: la realización de los procedimientos y actividades de atención conforme a las normas científico-técnicas vigentes y el trato social y humanitario.

La calidad de la atención puede enfocarse desde tres ángulos diferentes: en términos de satisfacción de las expectativas del usuario, de la institución y del trabajador de la salud.<sup>23</sup> El paciente generalmente enfatiza su relación con el personal de salud, la oportunidad y claridad de las informaciones que recibe, la oportunidad en la atención, la alimentación y comodidad. Los trabajadores de la salud manifiestan insatisfacción por el salario que perciben, la inadecuación de las áreas de trabajo, el insuficiente apoyo institucional, la ausencia de planes de desarrollo que les permita capacitarse para un mejor desempeño. La institución evalúa la consecución de objetivos mediante indicadores de resultados que pueden ser la disminución en las tasas de morbilidad y de mortalidad o el número de acciones realizadas por período de tiempo.

ESTEBAN, A. Perspectiva de los programas de calidad de asistencia. EN: *Todo Hospital*. (80): 13-16, Oct. 1991.

<sup>23</sup> AGUIRRE-GAS, H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. EN: *Salud Pública de México*. 32 (2): 170-180.

Para medir la calidad de atención de enfermería, William Holzemer (enfermero norteamericano), ha sistematizado una propuesta para estudiar procesos particulares en el área clínica. Adaptando la propuesta de este autor y la de otros, en especial la del doctor Avedis Donabedian, se podría proponer una serie de indicadores referentes a los tres objetos de observación: el enfermo, las acciones científico-técnicas del profesional de enfermería y el contexto institucional.

En cada uno se estudiarían: a) condiciones de entrada, por ejemplo, las condiciones bio-psico-sociales del enfermo, estructura del servicio y condiciones de trabajo del profesional de enfermería: b) desarrollo del proceso: evolución del enfermo, aplicación del proceso de enfermería y operatividad técnico-administrativa de la institución: c) resultados en: condiciones de egreso del paciente, evaluación del plan de atención de enfermería y objetivos institucionales. El análisis cualitativo de esta red de procesos permitiría aproximar un juicio sobre la calidad de la atención. Algunas experiencias se han realizado con resultados preocupantes, que deben llamar la atención del personal de enfermería y de las instituciones de salud por la tendencia creciente al deterioro de los servicios.

En el terreno de la salud pública, se podrían sugerir como indicadores de calidad de atención de enfermería: la disponibilidad y accesibilidad a servicios profesionales de enfermería, la aceptación de su acompañamiento por parte de la comunidad, los proyectos desarrollados y los logros alcanzados en mejorar la calidad de vida.

#### Reflexiones finales

La realidad del trabajo de los profesionales de enfermería es preocupante desde cualquier ángulo que se mire: unas condiciones de trabajo desgastantes: un proceso de trabajo anárquico, que no se compadece con las necesidades de salud de la población, ni con el costo social que representa la formación universitaria. Por otra parte, la calidad de la atención en tales condiciones — como ya lo han mostrado algunas investigacionesno puede ser más desalentadora.

Ante esta situación se requiere, mayor conciencia del problema, repensar la pertinencia de los actuales programas de formación de enfermeras, de personal auxiliar y técnicos en salud en función de la dinámica de los servicios de salud: investigación, comunicación y trabajo armónico entre el mundo de la academia y el laboral: e intervención por parte de las organizaciones de enfermería, con propuestas que permitan quebrar esta historia de opresión e injusticia social. Pero, sobre todo, es necesario que cada profesional se asuma como tal. De lo contrario, estaremos perpetuando la cultura de autoritarismo y sumisión en el campo de la salud y despilfarrando tiempo y energías en programas curriculares de alto costo y bajo impacto y sometiendo a la población a riesgos permanentes en términos de la calidad de atención que recibe.

# Os farmacêuticos em profissionalização: o caso Brasil e a experiência internacional

Maria Ruth dos Santos

### Os primeiros boticários e as lojas de oficina no Brasil

A concepção dos *males* que atingiam os indígenas brasileiros era mágico-religiosa, devotando ao sobrenatural suas causas. Pouco se adoecia, sendo esse quadro alterado com a chegada da colonização, a partir de mudanças de hábitos e contatos com os brancos.

O pajé, o feiticeiro ou sacerdote — intermediários entre os homens e os deuses — eram os que assistiam os doentes. Eles tiravam encantamentos, exorcizavam os maus espíritos, preparavam poções mágicas, faziam oferendas e confeccionavam os amuletos. Esse trabalho era considerado uma atividade especial, envolto de mistérios, cujo conhecimento não era acessível aos demais membros da tribo.

Pires (1991) identifica esses intermediários especiais das sociedades tribais como os primeiros profissionais de saúde, pois o seu trabalho envolvia todo o ato de saúde, ou seja, as atividades básicas que hoje são reconhecidas como campo de trabalho do médico (o diagnóstico e a decisão sobre a terapêutica), da enfermagem (o cuidado e a administração de assistência) e dos farmacêuticos (o preparo dos medicamentos).

Os colonizadores portugueses, chegando ao país, trazem junto uma nova concepção de saber e prática de saúde semelhante à encontrada na Idade Média européia. A assistência aos doentes passa a ser prestada por físicos, cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, boticários e curiosos, dentre outros, substituindo os antigos pajés das sociedades tribais.

Com essas mudanças na relação de trabalho, os boticários e demais homens de ofício começam a exercer uma parte do trabalho na saúde que, somados, contribuíam para o produto final desejado, ou seja, a ação

terapêutica. No caso dos boticários, a manipulação das drogas, a organização e os cuidados com a botica.

As boticas colocavam-se frente às lojas de oficina. No Brasil não existiam, nessa época,¹ escolas de farmácia que conferissem formação legal ao exercício do ofício. Os boticários, ou chegavam ao país com as primeiras expedições colonizadoras já habilitados na metrópole, ou eram treinados na Colônia por um previamente examinado. Este, transmitia seus conhecimentos aos aprendizes, também chamados práticos-de-botica ou moços-do-boticário. O processo de profissionalização, como o dos demais ofícios, era bastante semelhante à formação adquirida nas corporações de artífices da Idade Média.

Os primeiros boticários eram originários das classes menos abastadas. Portugueses ou castelhanos, quase todos judeus de origem, filhos de outro do mesmo ofício, filhos de carpinteiros, de alfaiates etc.

Em 1521, cria-se a função de juízes-comissários do físico e cirurgião-mor para o Reino e seus domínios, subordinados às autoridades supremas da Corte. Cabia ao físico-mor, pelo regimento, fiscalizar, com o auxílio de boticários aprovados, as boticas, a qualidade e os preços dos medicamentos. A não observância desse regimento foi predominante nos tempos coloniais, pois as condições que regiam a prática dos ofícios eram comumente transpostas. Para coibir os incessantes abusos, o Rei ordena, em 1742, que os delegados do físico-mor no Brasil sejam formados pela Universidade de Coimbra. Em 1744, o físico-mor elabora regimento especialmente dirigido aos *Estados da América*, a ser observado por seus representantes no Brasil, com o objetivo de aumentar o controle da metrópole sob uma situação eivada de excessos e abusos.

O regimento de 1744 foi pioneiro em termos de legislação farmacêutica. Seus dispositivos são bem parecidos com as nossas atuais normas. Estabelecia entre outras coisas: a legalização do profissional responsável; a existência, na botica, de balanças, pesos, medidas, medicamentos galênicos, produtos químicos, vasilhames, livros elementares; a fiscalização sobre o estado de conservação de drogas e dos vegetais medicinais, principalmente quando importados; o prazo para fiscalização, que deveria ser pelo menos de três em três anos e uma rigorosa fixação da carta de aprovação (alvará) em local bem visível da clientela.

A lei de 1744 apenas transfere para o Brasil os instrumentos puni-

<sup>1</sup> Em Portugal, foi no ano de 1545 que D. João III escolheu o primeiro boticário para a Universidade de Coimbra.

tivos, num modelo de autoridade médica hierarquizada, sem a preocupação com a formação dos profissionais e a elevação dos níveis de saúde da população. Este regimento, porém, não teve vida muito longa. Em 1782, D. Maria I criou a Junta do Protomedicato para fiscalizar o exercício da medicina, cirurgia e farmácia.

A Junta recém-criada controlava a vinda de medicamentos, obrigando todo boticário a requerer licença. Isto feito, um visitador averiguava a existência da mesma, os pesos e as medidas, a limpeza de utensílios e o bom estado dos medicamentos. Esta prática visava também coibir a venda de remédios secretos.

Em 1809, D. João VI aboliu definitivamente a Junta do Protomedicato, estabelecendo os cargos de cirurgião e físico-mor, que passaram a controlar os boticários, droguistas, curandeiros etc. Atuavam no campo burocrático-administrativo, punindo quem transgredisse seus regulamentos no exercício da arte de curar.

Além dos diplomas conferidos pela Fisicatura, os boticários eram obrigados a inscreverem-se na Câmara da cidade ou vila onde praticavam o seu ofício, sob pena de suspensão de suas funções, prisão e outras represálias legais. As boticas eram licenciadas como estabelecimentos comerciais para efeito de pagamento de impostos lançados e recebidos pelo Senado da Câmara. Seus produtos poderiam ser vendidos pelo dobro do preço praticado em Lisboa.

No entanto, apesar de todo esse aparato técnico-burocrático-administrativo consubstanciado nos textos legais da época, os abusos e irregularidades continuavam a ser praticados, muitas vezes acobertados pelas próprias autoridades. A fiscalização imperfeita permitia até aos padeiros, aos ourives e aos negociantes da fazenda seca a comercialização de remédios.

Contra essa concorrência desleal, os boticários faziam constantes reclamações ao Rei. O próprio governo permitia, não raras vezes, o livre comércio de drogas por estabelecimentos não especializados, em vista das manifestações dos vereadores. Ademais, os boticários também concorriam com os físicos e cirurgiões no tratamento e aplicação de *medicinas*, havendo inclusive aqueles que trocaram de ofício transformando-se em cirurgiões-barbeiros.

As atividades exercidas pelos boticários estruturavam-se enquanto ofício laico. A prática profissional embasava-se pela experiência, legado da tradição oral e treinamento. O trabalho possuía bases artesanais, cuja atuação se dava na esfera da prática liberal. Os remédios e os medicamen-

tos utilizados na época — de procedência nativa ou alienígena — eram a tradução desse empirismo.

Além dos medicamentos preparados à luz da Farmacopéia Mundial<sup>2</sup> e com matérias-primas naturais, empregavam-se também vários compostos de fórmulas sigilosas, inventados tanto por profissionais quanto por leigos.

Como não existia naquela época uma farmacopéia, os boticários recorriam a uma série de manuscritos, manuais, códigos de diversas procedências. Em 1794, o governo de D. Maria I oficializou e tornou obrigatória a adoção da *Farmacopéia Geral* para o Reino e domínios de Portugal.

Sendo os boticários em pequeno número ante as necessidades da população, e contando com boa clientela, seus negócios lhes propiciaram auferir bons rendimentos e conseguir um patrimônio pessoal considerável.

Assim surge o mercado de trabalho do oficio de boticário, com tendências à ampliação em função das demandas da população que, durante todo o período colonial, escreve ao Rei solicitando médico e botica para ser curada de suas enfermidades.

Mutatis mutandis, os problemas enfrentados pelos farmacêuticos atuais têm muita semelhança com aqueles observados na Colônia. O entrelaçamento do exercício do ofício de boticário com a propriedade do estabelecimento — no caso, a botica —, o estatuto de comércio aos estabelecimentos que preparavam e distribuíam drogas e medicamentos, a permissividade para que leigos, práticos e comerciantes abrissem boticas, a precária fiscalização geral e, principalmente, a qualidade das drogas e medicamentos dispensados ao público.

A transgressão dos dispositivos legais que fixavam limites jurídicos ao exercício das atividades dos profissionais de saúde parece ter sido a tônica dos tempos coloniais e a origem mais remota e histórica de uma série de dificuldades e problemas que até hoje fazem parte do elenco de preocupações dos farmacêuticos e das suas lutas.

<sup>2</sup> Trata-se de um livro que contém a lista de todos os medicamentos ou preparados farmacológicos legalmente reconhecidos para o uso médico. Contém a descrição dos produtos, suas propriedades, fórmulas, modos de administração, dosagens, metabolismo, excreção, interação conhecida com outros remédios, contra-indicações, precauções quanto ao seu uso, toxicidade, efeitos colaterais e provas químicas para a sua identificação.

# A institucionalização da farmácia: as primeiras escolas e as entidades associativas

Após a Independência do Brasil, com a promulgação da Constituição de 1824, que consagrou a liberdade profissional, as corporações de ofício deixam de existir e os registros profissionais, de um modo geral, são suprimidos. E o resultado disso foi a proliferação de boticas, que se multiplicavam em vista da facilidade para se obter os respectivos alvarás de funcionamento.

Este panorama tende a ser modificado com a criação, em 1832, dos cursos de farmácia e obstetrícia que funcionaram durante longos anos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, depois Faculdade Nacional de Medicina e na da Bahia. Antes, porém, em 12 de abril de 1809, foi criada a cadeira de medicina, química, matéria médica e farmacêutica, por ordem do Regente, com a finalidade de ensinar os princípios elementares das disciplinas médica e farmacêutica. Este é considerado o primeiro passo para o definitivo estabelecimento destes cursos no Brasil.

O curso de medicina, desde essa época, era mais procurado que os demais. O de farmácia tinha pouca concorrência, o que evidenciava a posição de destaque que a profissão médica já ocupava. O fato é que a medicina sempre teve as suas próprias escolas de formação e uma sólida base conceitual, de caráter esotérico. A farmácia, ao contrário, preliminarmente era ensinada na prática das boticas e, somente a partir de 1832, no interior das escolas, inicialmente nas escolas médicas. Sua base teórico-conceitual originava-se do conhecimento médico e nos seus primórdios somente a eles era permitido lecionar as disciplinas do curso, mesmo as chamadas privativas.

O ensino de farmácia permaneceu anexado ao de medicina durante 113 anos, apesar dos esforços empreendidos por profissionais, acadêmicos, alunos, órgãos de classe, cujos apelos não encontraram eco durante mais de um século.

Esses fatos históricos evidenciam as dificuldades da farmácia em se equiparar em *status* e prestígio a outras profissões, particularmente à medicina. Isto ocorre em função do reduzido grau de conhecimento abstrato que possui e, conseqüentemente, de problemas no mercado de trabalho, no que se refere a conflitos interprofissionais.

Cunha, em seu discurso de paraninfo da turma de farmacêuticos, nos diz que, o desinteresse pela profissão farmacêutica, entre nós, derivou

em grande parte, da circunstância de terem sido entretidas como dependência das de medicina as escolas de farmácia oficiais.<sup>3</sup>

O exercício da profissão era autorizado após o exame de conhecimento e somente em 1837 foram graduados os primeiros seis brasileiros. Manoel José Cabral e Calixto José de Arieira, ambos recém-diplomados, foram os que ajudaram na fundação em 1839 da Escola de Ouro Preto, criada pela Assembléia Legislativa de Minas Gerais e sancionada pelo então presidente provincial, Conselheiro Bernardo Jacintho da Veiga. A Escola de Farmácia de Ouro Preto, era na época, o único estabelecimento de ensino superior oficial em Minas Gerais, sendo no gênero, a mais antiga do Brasil e da América do Sul.

No início do atual século, em 1901, o curso sofre a primeira mudança de uma série de outras que viriam posteriormente, reduzindo a duração do mesmo de três para dois anos e o número de matérias de nove para quatro: no 1º ano — química médica e história natural médica; e no 2º ano — matéria médica e farmacologia. Essa reforma restringiu o curso ao máximo, depreciando e prejudicando a formação profissional. Acrescente-se ainda que na época não havia nenhuma entidade associativa para a defesa das reivindicações da categoria.

As reformas do ensino superior que se sucederam acarretaram quase sempre mais decepções: a Reforma de 1911, conhecida como *Rivadávia Corrêa*, passou o curso novamente para três anos e a de *Carlos Maximiliano*, em 1915, implantou a cadeira de microbiologia. Ambas equivaleram-se sob o ponto de vista farmacêutico, já que mantiveram a supressão do estágio profissional proposta pela reforma de 1901.

As conseqüências imediatas dessas reformas, principalmente a de 1901, foi a proliferação de escolas pelo país afora. A maioria encontrava-se inadequadamente instalada quanto aos equipamentos necessários, sem fiscalização e emitindo diplomas a pessoas, muitas vezes, não vocacionadas para o ofício, mas atraídas pelas facilidades de um curso rápido.

Só em 1925 apareceria a *Reforma Rocha Vaz*, passando o curso a ser ministrado em quatro anos e a serem exigidos os mesmos preparatórios requeridos para os demais cursos superiores. Além do que, passou o farmacêutico a ter acesso ao magistério das disciplinas privativas do curso. Foi considerada uma da melhores reformas sucedidas no decorrer de todo o período.

<sup>3</sup> Discurso do paraninfo na Solenidade da Colação de Grau da Turma de Farmacêuticos de 1946. *Anais da Faculdade Nacional*, vol. 7, Rio de Janeiro, Universidade do Brasil, 1946.

E por quase um século (1832-1930) o ensino buscou formar profissionais, voltados para todos os aspectos relacionados ao campo dos medicamentos, sendo nas farmácias e laboratórios, os locais nos quais se processava a prática profissional. Até 1930 formaram-se no país 2.772 farmacêuticos.

Ainda no período imperial, os boticários fizeram várias tentativas para a fundação de uma agremiação científico-profissional de caráter exclusivo. Em 30 de junho de 1829 fundou-se a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que transformou-se em 1835 na Academia Imperial, e com a República, Academia Nacional de Medicina, com a finalidade de cuidar do progresso das ciências médicas e das questões sanitárias mais gerais. Em 1885, foi permitido àqueles a participação em uma das seções, quando a entidade alterou seus estatutos, ficando dividida em três seções: medicina, cirurgia e farmácia.

A primeira tentativa feita no sentido de se ter uma entidade exclusiva data de 1851, com a fundação da Sociedade Pharmacêutica Brasileira, que editou como órgão oficial a *Revista Pharmacêutica*. Nas suas seções, estudou-se e propagou-se as virtudes da flora brasileira, e de sua tribuna partiu reclame para o Código Farmacêutico Nacional e a melhoria do ensino. Os profissionais não se conformavam com o fato de entregar o ensino a quem nunca exercera o ofício, no caso os médicos. Consideravam o fato uma usurpação. Essa sociedade, no entanto, teve vida curta, encerrando suas atividades no ano de 1855.

Em 1858, uma nova entidade é criada para substituir e continuar a obra de sua antecessora, há pouco desaparecida. Surge então o Instituto Pharmacêutico do Rio de Janeiro, funcionando por um período maior. Como órgãos oficiais de divulgação, foram criados a *Tribuna Pharmacêutica* (1874-1882) e a *Revista Pharmacêutica* (1833-1886). O Instituto desempenhou um destacado papel no meio profissional, tendo realizado, em 1877, um Congresso que foi o primeiro certâmen científico do país e da América do Sul. Também propugnava melhorias na qualidade do ensino, e, em 1867, sob a presidência do seu fundador, endereçou um longo memorial à princesa imperial.

Em 1877, dirigiu-se à Câmara dos Deputados solicitando providências para que cessassem os empecilhos opostos pelos médicos a que os farmacêuticos concorressem a cargos e regalias que eles monopolizavam.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Anais da Faculdade Nacional de Farmácia, vol. 1, Rio de Janeiro, Universidade do Brasil. Ano I, 1951, p. 37.

Sugeriam também a criação da Escola Superior de Farmácia, objetivando moralizar o ensino e o exercício profissional.

A referida escola foi fundada em 1884, funcionando no próprio Instituto. No entanto, sobreviveu apenas por um período de dois anos. Por falta de apoio oficial, encerrou suas atividades em 1866.

Logo no primeiro momento do período republicano, os farmacêuticos fizeram mais uma tentativa de instituir uma entidade. Desta vez, o Centro Farmacêutico Brasileiro, no ano de 1893, também de breve duração. Assim, a categoria permaneceu sem uma tribuna para a defesa dos seus interesses por mais de 20 anos. Veio de São Paulo a primeira iniciativa para romper com o marasmo associativo, com a fundação, em 7 de setembro de 1913, da União Farmacêutica de São Paulo, com a finalidade de reviver o espírito científico e profissional. Em 20 de janeiro de 1916 nascia a Associação Brasileira de Farmacêuticos — ABF, sob a indiferença da grande maioria. Como suas antecessoras, trazia em seus estatutos, entre outras finalidades, a de criar a Escola Superior de Farmácia.

Apesar desta associação se colocar como uma entidade voltada para fins culturais, no seu estatuto de 1963 também relaciona-se a defesa dos legítimos interesses da categoria como um de seus objetivos. No entanto, continua pautando-se pelo prestígio social e científico e suas lutas atuais estão centradas na sua consolidação econômico-financeira, através da elevação do número de associados e da oferta de serviços (cursos, publicações, assessoria técnico-científica etc.). Conta atualmente com cerca de 900 filiados, entre sócios efetivos, aspirantes e colaboradores.<sup>5</sup>

A organização sindical da categoria só será efetivada na primeira metade deste século. O mais antigo sindicato surgiu em 1946 no Estado de São Paulo, seguido pelo do Rio de Janeiro, em 1950, motivados pela necessidade de união para levar adiante suas reivindicações. Hoje existem sindicatos em quase todos os estados do país e, a partir de 1982, surge a Federação Nacional do Farmacêuticos.

Assim, o processo de institucionalização do ensino no Brasil se deu primeiramente via escolas médicas, posteriormente desvinculando-se delas. E numa entidade profissional médica — a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro — os farmacêuticos experimentaram a sua inserção no campo associativo.

<sup>5</sup> Associação Brasileira de Farmacêuticos. Carta pessoal da entidade. 30 de março de 1992.

Finalmente, nos interessa ressaltar que após a atividade dos boticários ter-se tornado um ocupação de tempo integral, em vista das necessidades sociais que estavam em pauta, surgiram as primeiras escolas para treinamento (1832) e também a associação profissional (1851), o que conformou atitudes, valores, crenças e comportamentos, e objetivou a construção e definição da identidade profissional. Sem dúvida, um importante passo para a profissionalização do ofício no país.

### A profissão regulamentada

Com a emergência das escolas para formação, os estabelecimentos só poderiam funcionar tendo à frente e sob a responsabilidade, um profissional diplomado. Este, comumente estava presente ao trabalho, e muitas farmácias eram de sua propriedade, abrindo às sete horas da manhã e fechando às dez da noite. Funcionavam ininterruptamente com um intervalo de apenas meia hora para o almoço e meia hora para o jantar. Os farmacêuticos e práticos geralmente dormiam nos estabelecimentos para atenderem a demanda dos receituários médicos noturnos, que eram muito freqüentes. Além do aviamento do receituário clínico sob as mais diversas formas, também preparavam os medicamentos oficinais. As matérias-primas necessárias à sua fabricação eram geralmente importadas de diversos países europeus e aplicadas aos enfermos sob as mais variadas formas farmacêuticas.

No entanto, na prática, sempre persistiu no país a desvinculação da necessidade do diploma para o exercício profissional. Diante deste fato, a partir de 1930 se criam dispositivos legais com a finalidade de se definir e regular a profissão.

Em 19 de janeiro de 1931, elabora-se um texto legal<sup>6</sup> que se propunha a regular a profissão, estabelecendo a exclusividade do exercício da farmácia para o profissional diplomado ou de sociedade mercantil em que todos os sócios fossem farmacêuticos. No mesmo ano, outro Decreto<sup>7</sup> revoga as disposições relativas ao exercício da farmácia, passando a admitir que a mesma pudesse também ser exercida por socie-

<sup>6</sup> Decreto nº 19.606, de 19/01/31. Dispõe sobre a profissão farmacêutica e seu exercício no Brasil e, posteriormente, o Decreto nº 20.377, de 08/09/31, que aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica no Brasil.

<sup>7</sup> Decreto nº 20.627, de 09/11/31. Altera dispositivos do Decreto nº 19.606, de 19/01/31.

dade mercantil composta por terceiros, desde que o farmacêutico detivesse 30% do capital social. Na vigência deste dispositivo legal, o exercício profissional ficou bastante conturbado, devido à responsabilidade agora também comercial que o farmacêutico acumulava em virtude da sua condição de sócio. Na época, estudantes eram recrutados nas portas das escolas para tal fim. No entanto, na prática, em quase a totalidade dos estabelecimentos em que o farmacêutico figurou como responsável e sócio, o foi apenas sob o aspecto legal e aparente.

Toda a legislação sobre a matéria sempre confundiu a dualidade, comércio de remédios e exercício da profissão farmacêutica (Zubioli, 1992).

Na história antiga e contemporânea da profissão os atos de comércio sempre estiveram ligados e indissociáveis ao seu exercício técnico. O medicamento, atribuição básica do farmacêutico, sempre foi considerado, a exemplo de outras mercadorias, como um objeto de consumo qualquer.

Cabe destacar que a profissão foi regulamentada em 1931, constituindo-se em mais um importante passo para a sua efetiva profissionalização. Isto significa proteção para os pares quanto a interferência de pessoas ou grupo extraprofissionais, com definição do território de atuação e garantia do monopólio de competência.

A criação de um Conselho Regional se constitui num dos reclamos antigos da profissão. Desde a década de 1930 uma ordem profissional é reivindicada, a exemplo da dos advogados. De todos os fóruns da categoria sempre partiram solicitações ao Governo Federal para que a mesma fosse criada. Foi neste sentido que, durante a II Semana de Farmácia, realizada em São Paulo, em 1936, surge o primeiro anteprojeto do que seria a "Ordem dos Farmacêuticos Brasileiros".

A questão vem à tona novamente em 1954, durante o I Congresso Internacional de Farmácia e Bioquímica, que, concomitantemente, realizou uma convenção nacional, recolocando a idéia da Ordem. Por causa do pequeno número de profissionais presentes e ao seu pouco poder de mobilização, a proposta não conseguiu aprovação.

Em 1960, criou-se então, simultaneamente, através da Lei nº 3.820, o Conselho Federal de Farmácia — C.F.F. e os Conselhos Regionais, com

<sup>8</sup> Essa norma legal existiu até 1973, quando entra em vigor a Lei nº 5.991, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, dizendo que o comércio de medicamentos pode ser exercido por qualquer pessoa, desde que com a assistência de um profissional portador do diploma de farmacêutico para a responsabilidade.

o fim específico de fiscalizar o exercício da profissão, sendo o código de ética aprovado em 1962.

A maioria dos Conselhos começaram a instalar-se a partir do ano de 1961, caracterizando-se por uma atuação voltada para a fiscalização e regulamentação das atividades do profissional. No entanto, a dualidade e a falta de clareza das leis que regem o exercício do farmacêutico, prejudicam a atuação destes Conselhos, dando margem a interpretações diversas, gerando um excessivo número de demandas jurídicas.

Recentemente, em 1992, o código de ética da profissão foi reformulado depois de árduo trabalho das entidades da categoria. Esta reformulação se fazia necessária há bastante tempo e tornou-se fundamental para adequar as normas que regem a prática profissional à nova realidade legislativa do país — Constituição Brasileira, Lei Orgânica de Saúde e o Código de Defesa do Consumidor.

Dá-se, desta forma, importante passo rumo à profissionalização. O código de ética visa proteger os pares daqueles que se comportam de modo não adequado, zelando pela qualidade do desempenho do profissional junto à sociedade e garantindo o exercício pleno da profissão, através de regras que busquem eliminar os desqualificados e inescrupulosos e reduzir a competição interna.

Um quadro sintético com a história da profissionalização da farmácia no Brasil pode ser assim resumido:

- a) o trabalho torna-se uma ocupação de tempo integral, através da criação do mercado de trabalho dos boticários no Brasil Colônia, em virtude das necessidades da população. Mercado este, com tendências à expansão;
- b) Criam-se escolas para treinamento, com o surgimento dos cursos em 1832, junto às Escolas Médicas do Rio de Janeiro e da Bahia;
- c) Cria-se a associação profissional em 1851, com a fundação da Sociedade Pharmacêutica Brasileira, precursora das demais entidades que se instalariam depois;
- d) A profissão é regulamentada, no Estado Novo, por uma série de dispositivos legais que delimitaram o âmbito de atuação privativo do farmacêutico;
- e) Adota-se um código de ética em 1962, reformulado após 30 anos, por causa das novas demandas sociais e da categoria.

Nos interessa também demarcar que os farmacêuticos, tendo em vista que dominavam determinado tipo de conhecimento, ou seja, as ciências farmacêuticas e seu processo de trabalho, sua tecnologia de produção

de medicamentos, os meios de trabalho, os equipamentos, utensílios etc. e o produto final, o medicamento acabado, nos parece que os mesmos podem ser identificados como profissionais. Uma das dimensões que a sociologia destaca como fundamental para distinguir profissão de semiprofissão é o conhecimento formal e especializado. O controle legítimo sobre determinado campo do conhecimento é um recurso vital no processo de profissionalização.

O domínio de uma esfera do conhecimento, as ciências farmacêuticas, o domínio do processo, dos meios e do produto final do trabalho parece-nos ser bases legitimadoras da profissão. Além do que, as características observadas por Coe (1979) que conferem estatuto de profissão a uma ocupação dada, podem também ser examinadas ao longo do processo de profissionalização.

Em primeiro lugar, possui um conjunto de conhecimentos teóricos especializados, cuja aquisição requer um período prolongado de treinamento. Primeiramente, o conhecimento foi administrado nas boticas pelo mestre ao aprendiz. Depois, nas escolas, que em seus primórdios, procuraram integrar todo o acervo de conquistas da época, feitas ao longo dos séculos pelos seus antecessores nas hostes profissionais: botânica, mineralogia, zoologia, matéria médica, física, química e farmácia, esta designação englobando todos os aspectos do medicamento (Pourchet-Campos, 1984).

Em segundo lugar, possui orientação de serviço, isto é, o trabalho de um profissional é oferecer ao público os serviços especializados. O farmacêutico, no âmbito da botica, executava um conjunto de atividades com vistas à prestação de serviços de saúde à população no que concerne à preparação e dispensação dos medicamentos.

Em terceiro lugar, tem uma organização colegial e não burocrática. Os seus membros sentem-se responsáveis pela vigilância de seu próprio comportamento, estabelecendo um código de ética para proteger tanto os seus clientes como a si mesmos. Como vimos, esta preocupação sempre se fez presente, e, neste sentido, através da organização da categoria, foram estabelecidas normas de conteúdo ético para regular os pares.

Finalmente, o profissional possui tanto a licença para prestar seus serviços como também o mandato. A licença significa o direito legalmente reconhecido de oferecer seus serviços, consubstanciados numa série de intervenções legislativas sobre a matéria e o mandato, uma vez que o profissional dita as metas de seus serviços e as condições sob as quais vai exercê-las.

Em conseqüência, adquire o reconhecimento público dado à con-

tribuição na arte de fazer o medicamento, uma vez que dominavam os conhecimentos e técnicas necessárias a essa atividade.

# Uma visão panorâmica da profissão farmacêutica em outros países

É fato que o exercício da profissão em âmbito mundial sofreu uma evolução considerável, uma vez que o progresso técnico implicou nove formas de produzir remédios, requerendo do profissional uma qualificação diferenciada e uma maneira de lidar com a essência do seu trabalho. No entanto, alguns preceitos fundamentais, ou seja, os atos voltados para os medicamentos, consubstanciados na relação farmacêutico/medicamento/paciente, que regem a prática profissional e que definem a natureza do seu exercício, podem ser observados universalmente, ressalvadas as particularidades e as especificidades de cada país.

Sem pretender esgotar o assunto, analisaremos algumas funções que esse profissional vem desempenhando em determinados países. Nossa intenção é apenas dar uma visão geral de comparação, mesmo que superficial, entre a nossa realidade e a dos demais países.

### Em Portugal

Em Portugal, já no século XVI estabeleceu-se através do regimento do físico-mor do Reino que somente os boticários poderiam instalar botica, após exame de conhecimento prestado perante uma banca composta pelo físico-mor, físicos da Corte e boticários do Rei e da Rainha. Criou-se, então, na Universidade de Coimbra, a Faculdade de Botica.

Toda legislação elaborada posteriormente ao regimento do físicomor ratifica a intenção manifesta pela Coroa de proteger a propriedade da farmácia para os portadores do diploma de farmacêutico. Assim, no Governo da Primeira República tornou-se privativo deste a direção das farmácias, por reconhecer que o exercício da profissão encontrava-se repleto de abusos e irregularidades atentatórias à saúde pública. Os estabelecimentos abertos ao público deveriam ser dirigidos por profissional legalmente habilitado. Em 1933, define-se que nenhum farmacêutico poderia ser proprietário de mais de uma farmácia aberta ao público.

Após a Segunda Guerra, até a década de 1970, a farmácia portuguesa

atravessou um período difícil em termos econômico-financeiros. Aliado à falta de recursos dos recém-diplomados para se instalarem no ramo, as consequências se fizeram sentir no que tange à propriedade das mesmas: dos 2.000 estabelecimentos existentes, aproximadamente 600 pertenciam a leigos. Desta forma, a garantia na legislação do direito de propriedade ao profissional não foi respeitada.

Assim, em 1965, permite-se aos proprietários leigos que normalizem suas respectivas situações. Quanto aos farmacêuticos, que antes não podiam ser proprietários de mais de uma farmácia, agora não podem mais ser co-proprietários em mais de um estabelecimento.

Para tanto, o Ministério da Saúde de Portugal lançou as bases que regem a abertura e a transferência de estabelecimentos, que além de outros pré-requisitos, impõe limitantes de ordem geográfica (300 metros de distância mínima) e critérios de cobertura proporcional (6.000 habitantes/farmácia).

O fato é que a atividade profissional encontra-se entrelaçada numa malha de normas legais que exige a propriedade do estabelecimento para os diplomados que optarem por este campo de atuação, confundindo-se interesses comerciais com interesses profissionais.

No entanto, parece que não foi suficiente o bastante ter se determinado que as farmácias sejam por lei propriedade de farmacêuticos, já que não se resolveu a questão da assistência ao público e nem se limitou racionalmente o seu número. Um inquérito da Direção Geral de Saúde revelou que nos estabelecimentos de propriedade dos profissionais, esses só estavam presentes prestando assistência em 70% delas, o que não é satisfatório num país com 10 milhões de habitantes e 2.500 estabelecimentos, portanto, com cerca de 4.000 habitantes/farmácia.

### Na França

A França é um país pioneiro em termos de formação nesta área, pois a primeira escola independente de medicina foi instalada já no século XVI. Veio também desse país, através do Rei Luís XV, a alteração do uso do nome boticário pelo de farmacêutico, para designar os profissionais dos medicamentos.

A posse e a venda de medicamentos constitui-se numa tarefa exclusiva dos profissionais diplomados, uma vez que a sua aquisição se diferencia muito de quaisquer outros bens de consumo. A sua complexidade

e perigo, aliados à prática usual de venda mediante apresentação de receita médica, que especifica a natureza exata dos produtos, sua quantidade e modo de usar, fizeram com que a sua aquisição se revestisse de determinadas precauções e zelo, restringindo o autoconsumo.

O farmacêutico é, portanto, o profissional que conhece as características dos produtos que dispensa, sua posologia, as incompatibilidades com outras substâncias, sendo capaz de retificar os erros dos médicos prescritores. Segundo a legislação francesa, este profissional é responsável por todos os erros que possam ser cometidos em seu laboratório: medicamentos com dosagem ou entrega errada, quantidades inadequadas, ou seja, todo o movimento do laboratório é de sua exclusiva responsabilidade técnica.

A relação farmacêutico/doente tem um significado muito mais profundo que uma simples relação vendedor/cliente, por causa do papel de conselheiro em termos de saúde que o mesmo desempenha, já que é, quase sempre, mais acessível ao público do que ao médico. O Estado francês reconhece neste profissional o único apto a dispensar medicamentos.

Apesar disto, segundo Dupuy e Karsenty (1980), um mal-estar persiste na profissão que, na realidade, aproximou-se, como muitos afirmam, das tarefas de um comerciante. A venda de produtos diversos dos medicamentos, como artigos de higiene pessoal, produtos de beleza, óculos etc., são o símbolo desta mercantilização. Na maior parte do tempo, a atividade profissional se restringe a uma simples distribuição de medicamentos, executando as prescrições médicas.

### No Chile

As universidades chilenas formam químico-farmacêuticos. Os bioquímicos constituem, distintamente, uma outra carreira de nível superior. No entanto, no laboratório de análises clínicas não se nota nenhuma diferença entre as práticas destes profissionais. Ambos exercem suas atividades em igualdade de condições, em concurso com o médico.

A profissão de químico-farmacêutico é muito ampla, com diferentes especialidades e áreas de ação: farmácia privada e homeopata, indústria farmacêutica e cosmética, docência universitária. São nas primeiras que cerca de 50% do total desses profissionais têm seus postos de trabalho como diretores técnicos.

Naquele país, qualquer pessoa física ou jurídica pode ser proprietária de farmácia, sendo 30% delas pertencentes aos químicos-farmacêuti-

cos. Como a propriedade é livre, existem estabelecimentos em cooperativas, com venda a todo o público e condições especiais a seus associados.

Não há uma distribuição racional das farmácias no Chile. Assim, elas geralmente se instalam em conseqüência do poder de compra da clientela, concentrando-se nos grandes centro urbanos e em bairros de rendas mais altas, ficando a periferia com uma assistência deficitária. Elas se constituem em estabelecimentos que exclusivamente podem dispensar medicamentos. Todas devem ter um diretor técnico químico-farmacêutico trabalhando pelo menos oito horas diárias.

No entanto, segundo o Colégio de Químico-Farmacêuticos do Chile, somente nos estabelecimentos onde estes profissionais são simultaneamente proprietários e diretores técnicos é que existe a atenção personalizada em todo o horário de funcionamento. Quase sempre o seu funcionamento fica nas mãos de um auxiliar, sem a supervisão do profissional, nos moldes do Brasil. O diretor técnico, via de regra, não cumpre a jornada de trabalho e os salários baixos que aufere só contribuem para piorar ainda mais este quadro.

Desta forma, ainda que metade desses profissionais estejam voltados para a atuação nas farmácias, quer como empregados ou empregadores, têm uma presença de importância relativa na sociedade chilena. Os serviços que prestam à população são escassos, deixando muitas de suas responsabilidades nas mãos de outros, de forma pouco responsável. Enfim, a situação do exercício profissional, em muitos de seus aspectos, nos faz lembrar a realidade brasileira.

### Na Argentina

Na Argentina existe a graduação em farmácia, num curso com duração de cinco anos envolvendo uma média de cinco disciplinas teórico-práticas anualmente. As análises clínicas são de competência dos graduados em bioquímica. A capacitação acadêmica do farmacêutico habilita-o a ser diretor-responsável pelo funcionamento da oficina de farmácia, seja esta privada ou oficial, indústria farmacêutica e indústria cosmética. Torna-se apto a exercer a profissão nas instituições públicas e privadas, órgãos sanitários e assistenciais (hospitais, dispensários etc.) e Forças Armadas.

Até 1987, a este profissional era facultado que se associasse a ter-

<sup>9</sup> Colégio de Químico-Farmacêuticos de Chile. Carta pessoal da entidade, 25/08/1992.

ceiros para a instalação de estabelecimentos farmacêuticos. Embora a lei o protegesse da ingerência do leigo na direção técnica e nas tarefas vinculadas ao exercício profissional e administrativo, na prática isto não funcionava. O leigo geralmente era quem detinha o capital e, na realidade, autoridades e poder de comando no negócio. Isto levou a que estes estabelecimentos se imbuíssem de um sentido prioritariamente comercial e a uma distorção da atividade do farmacêutico.

A alta rentabilidade do ramo fez com que muitos duvidassem da necessidade do exercício ativo e da presença indispensável do profissional em sua atividade. Diante desse quadro, as entidades da categoria, após anos de trabalhos e muitas lutas, viram promulgada uma lei<sup>10</sup> na província de Buenos Aires, que dispõe sobre a exclusividade da propriedade para os mesmos, sendo estes seus únicos titulares e proprietários. As autoridades sanitárias do país concedem aos farmacêuticos, através dos bancos estatais, créditos para aqueles que desejam instalar seu próprio estabelecimento.

A legislação considera ainda a farmácia como um serviço de utilidade pública. A dispensação ao público de medicamentos e material asséptico somente se efetua nestes estabelecimentos, proibindo-se realizá-la fora dos mesmos, ainda que se trate daqueles de venda sem receita ou livre. Só é permitida a sua abertura respeitando-se a uma distância não inferior a 300 metros, contados de porta a porta, a fim de racionalizar a distribuição em todo o território provincial e de assegurar a mais efetiva e eficiente atenção. Quando a autoridade sanitária considerar de necessidade pública a sua instalação em locais carentes de tais serviços, selecionará por concurso o diretor-técnico.

Muito embora estas recentes modificações legislativas na Argentina apontem para um modelo de assistência mais avançado em comparação com outros países da América Latina, a sua atividade profissional ainda deixa muito a desejar e sofre injunções diversas de ordem externa. A grande maioria das farmácias existentes no país ainda estão em mãos de leigos, e os profissionais preparados em universidades que optem por esta área têm de contár com um montante de dinheiro para poder exercê-la.

A partir desta visão panorâmica do que se passa em alguns países, podemos extrair o fato inconteste de que a profissão, mais do que qualquer outra da área de saúde, enlaça interesses comerciais com profissio-

<sup>10</sup> Trata-se da Lei nº 10.606, que regulamenta o exercício do profissional farmacêutico na província de Buenos Aires.

<sup>11</sup> Artigo 1º da Lei nº 10.606/1987.

nais. No entanto, observamos nesses países que, apesar das dificuldades e problemas, o farmacêutico está prioritariamente voltado para o medicamento em todos os seus aspectos. A farmácia, com todas as suas transformações, não deixou de ser o *locus* privilegiado no qual o mesmo exerce a sua profissão, diferentemente do Brasil.

O medicamento, não sendo um bem de consumo qualquer, fez com que as soluções encontradas mundialmente em nível de propriedade gravitassem em torno de duas situações: uma consiste em tornar o Estado proprietário responsável por todos os setores do medicamento, desde o fabrico até a sua dispensa, e a outra toma como a melhor garantia da execução dos deveres inerentes à missão do profissional a obrigação deste ser o seu proprietário. Tanto num caso, como em outro, é ele o profissional capacitado para ser o diretor-técnico do estabelecimento.

Mesmo naqueles países — os Estados Unidos, por exemplo —, onde tudo o que diz respeito a medicamentos está sob controle da *Food and Drug Administration* e que por opção de modelo econômico deixa a propriedade isenta de controle e exigência, reserva a direção técnica, supervisão e responsabilidade sobre a movimentação dos medicamentos ao farmacêutico.

Neste sentido, ao farmacêutico cabe o papel de verdadeiro *fiscal* do seu consumo. Sua atuação, para além dos preços, envolve a necessária responsabilidade pela qualidade, quantidade dos produtos e informações corretas e seguras a respeito dos medicamentos.

No entanto, em quase toda a América do Sul a abertura de farmácias foi e continua sendo livre, sem critérios rígidos para a instalação. Na maioria das vezes prevalece os interesses puramente comerciais, sendo o profissional chamado apenas para atender às exigências legais. Nestes casos, a exemplo do Brasil, embora com responsabilidade técnica, este não exerce de fato suas atividades.

Não existe a preocupação, presente em países como França, Itália, Alemanha, Suécia, de estabelecer limites no número de farmácias, levando-se em conta a população a ser atendida e a distância geográfica, a fim de garantir uma melhor cobertura. Aqui existem farmácias acima dos padrões indicados pela Organização Mundial de Saúde, ou seja, 1 para cada 8.000/10.000 habitantes. Zubioli (1992) aponta a relação de 1/3. 646 habitantes no Estado do Paraná e de 1/3.570 habitantes no Estado de São Paulo, onde somente na capital deste último estado concentram-se 3.470 farmácias/habitantes. Essa concentração determina uma concorrência sem precedentes entre os empresários do setor, que, para sobreviverem economicamente com maiores lucros, valem-se da utilização de

métodos de promoção de venda que, conforme avalia Zubioli (1992), não têm limites, nem éticos e nem científicos, para a satisfação das suas necessidades comerciais.

O mais grave é que toda essa rede privada de distribuição de medicamentos não tem nenhuma integração com a política do Sistema Único de Saúde, mais precisamente com uma política de cobertura e assistência farmacêutica alicerçada no trabalho do profissional.

Torna-se claro na análise desses países que existe uma grande preocupação em demarcar a importância do papel deste profissional para a sociedade, salientando as funções que o mesmo deve ou deveria desempenhar. O objetivo é o de melhorar a imagem perante o público, resgatando a confiança muitas vezes perdida.

Os fundamentos do ato profissional farmacêutico têm suas bases no conhecimento profundo e atualizado do medicamento, e nas relações com o usuário e os prescritores — os médicos.

Na atualidade, o desenvolvimento da engenharia genética e da genética molecular poderá trazer profundas mudanças no referencial farmacoterapêutico existente, cedendo lugar à segunda revolução farmacológica. Desta forma, estes novos medicamentos serão muito mais específicos e, portanto, será necessário conhecê-los melhor para que possam causar os efeitos desejados (Estefar, 1985). Estes dados terão que ser necessariamente considerados para quaisquer proposições futuras para a profissão.

### Bibliografia

- ARAÚJO, C. B. da S. Fatos e Personagens da História da Medicina e da Farmácia no Brasil. vol. 1 e 2, Rio de Janeiro, Continente, 1979.
- BERNARDES DE OLIVEIRA, A. A Evolução da Medicina até o início\_do Século XX. São Paulo, Pioneira, 1981.
- CARVALHO, J. C. de. Da Farmácia, Origem e Evolução (Contribuição ao Estudo da Farmácia no Brasil). São Paulo, Copag, 1922.
- COE, R. M. L. Sociologia de la Medicina. Madrid, Alianza Editorial, 1979.
- COLÉGIO DE FARMACÊUTICOS DE LA PROVÍNCIA DE BUENOS AIRES. Boletim Farmacêutico, n°. 253, 1922.
  - \_\_\_\_. Carta Pessoal da Entidade. La Plata, 1992.
- COLÉGIO DE QUÍMICO-FARMACÊUTICOS DE CHILE. Carta Pessoal da Entidade, 25/08/92, 1992.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Comissão de Ensino. Diagnóstico e Diretrizes do Ensino Farmacêutico no Brasil. Brasília, 1991.

- DUPUY, J.-P. & KARSENTY, S. A Invasão Farmacêutica. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- ESTEFAR, I. J. S. O Ensino de Farmácia. In: Cadernos de Saúde Pública. 1985, 2 (4): 511-532, Rio de Janeiro.
- GONÇALVES, J. M. Reestruturação da Profissão Farmacêutica e da Farmácia Brasileira. Revista Brasileira de Farmácia. Rio de Janeiro, 1965, 5: 3-10.
- LUCAS, V. Discurso pronunciado pelo Prof. Alcides Figueiredo da Silva Jardim no ato da inauguração solene do Curso de Doutorado em Farmácia em 10/04/1950. Anais da Faculdade Nacional de Farmácia, vol. 4, Rio de Janeiro, 1952-1953-1954, Anos IV, V, VI, p. 68-75.
- MACHADO, R. et al. Danação da Norma. Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- MARINHO, M. J. M. C. Profissionalização e Credenciamento: a política das profissões. Coleção Albano Franco 8, Rio de Janeiro, Senai Departamento Nacional, 1986.
- MARQUES, M. B. Limites ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde no Brasil. Série Política de Saúde, nº. 9, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz.
- MENDES Jr., A. et al. Brasil História. Texto e Consulta. Colônia. 3ª. ed., São Paulo, Brasiliense, 1979.
- MINISTÉRIO DA EDUCACIÓN E CULTURA DE ARGENTINA. Resolução nº 1.382/83.
- OLIVEIRA, T. J. B. Âmbito Profissional do Farmacêutico. São Paulo, C.F.F., 1962.
- PIMENTA, A. O Papel Social da Farmácia no Mundo Moderno. Palestra pronunciada por ocasião de 73º aniversário da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1985. (mimeo)
- PIRES, D. Hegemonia Médica na Saúde e Enfermagem. São Paulo, Cortez, 1991.
- POURCHET-CAMPOS, M. A. Perfil do Ensino Farmacêutico no Brasil. Rio de Janeiro, Diretoria do Ensino Superior MEC, 1966.
- \_\_\_\_\_. A Vida da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo. *Notas Históricas*, São Paulo, 1984.
- PROPOSTA DA ORDEM DOS FARMACÊUTICOS PARA A INTEGRAÇÃO DE FARMÁCIA DE OFICINA NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE. Revista Portugueza de Farmácia, Lisboa, 1978, 28 (4): 301-316.
- SANTOS FILHO, L. História Geral da Medicina Brasileira. vol. 1 e 2, São Paulo, Hucitec, 1977.
- SANTOS, M. R. dos Do Boticário ao Bioquímico: As transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, RJ, 1993.
- VALADÃO, M. de L. F. A Profissão e o Ensino de Farmácia na Visão dos Novos Profissionais Mineiros. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte, Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, 1981. (mimeo)
- ZUBILOI, A. Profissão: farmacêutico. E Agora? Curitiba, Lovise, 1992.

## Notas sobre a profissionalização da odontologia

Marcia Teixeira, Maria Helena Machado, Monica Vieira, Sergio Rego

Até o advento da medicina científica poucos eram os indivíduos que tinham a possibilidade de dedicar seu tempo e garantir a sobrevivência através da arte de curar enfermidades. Tais curas se davam através de práticas religiosas, por curandeiros que exerciam a medicina de forma instintiva.

Os fatos da vida e da morte estavam diretamente ligados a uma ordem divina e os homens não tinham compreensão de seu mundo físico, geográfico, espacial. Percebia-se a doença como um castigo por uma transgressão às regras sociais, morais e religiosas. A prática terapêutica não possuía uma organização própria e não se tinha uma visão cronológica nem biológica da enfermidade. Tudo era determinado por uma visão teológica. Os indivíduos não existiam senão em Deus, e a materialidade, o corpo, servia apenas para purificar a alma, através do sofrimento e do sacrifício, para se tornar digna da transcendentalidade. (Mendonça, 1987). Assim, o corpo era visto por inteiro e as ações de saúde tinham características totalizantes.

Tendo em vista que a arte de curar foi rompendo com o conteúdo místico e a doença compreendida como resultante de causas naturais e, como tal, suscetível de prevenção e tratamento, a profissão médica foi se estabelecendo em bases cada vez mais sólidas.

Com este desenvolvimento ocorre, progressivamente, um certo grau de *especialização* em sua prática, surgindo assim subdivisões que virão a se constituir em outras profissões da saúde (divisão técnica do trabalho), entre elas a odontologia. Portanto, em vários aspectos, a história da odontologia é análoga à da medicina, tendo caminhado lado a lado com ela, até chegar ao estágio atual.

A odontologia é uma profissão peculiar, com uma especificidade histórica e social que se destaca no cenário das profissões de saúde. Nascida do ramo das ciências médicas, ela se firmou como atividade profissional autônoma somente no início do século, mesmo assim, não em todo

o mundo, a exemplo de Portugal, onde a atividade continua sendo um tradicional segmento da medicina.

Poderíamos dizer que a odontologia experimentou, num curto espaço de tempo, uma excepcional ascensão, consolidando assim seu processo de profissionalização. Os avanços tecnológicos, a modernização da sociedade e a complexa divisão técnica do trabalho contribuíram decisivamente para seu sucesso, configurando-se como uma profissão com saber próprio e prática profissional específica. Uma profissão com mercado de trabalho exclusivo, legalmente preservado e uma clientela assegurada e dependente de seus serviços profissionais.

Buscaremos traçar aqui o processo de profissionalização da odontologia apontando para os desafios que ora se apresentam à essa especial categoria da saúde.

### O processo de profissionalização

Qualquer atividade humana, no mundo do trabalho, a princípio, pode ser considerada, no senso comum, como uma atividade profissional. No entanto, a sociologia, a partir de autores como Moore, (1970) Freidson (1978) e Wilensky (1970), enfatiza alguns elementos que constituem uma profissão: a autonomia, aderência ao ideal de serviço, forte identidade profissional —, traduzida pelo código de ética —, e a demarcação do território profissional.

O processo de profissionalização requer que a atividade ocorra em tempo integral, tenha um forte componente vocacional, possua estrutura organizativa marcadamente corporativa, estabeleça o código de ética profissional e desenvolva um saber específico com alto grau de autonomia. A odontologia é, por assim dizer, considerada uma profissão.

Alguns autores brasileiros (Chaves, 1986; Mendes, 1984), contemplam a evolução da odontologia a partir de etapas de desenvolvimento que permitem acompanhar sua crescente transformação. Chaves (1986)

<sup>1</sup> Estas etapas devem ser compreendidas não como uma descrição histórica dos fenômenos, mas uma abordagem metodológica que permita a compreensão do processo na odontologia em geral. Dado o reduzido tempo para a elaboração deste texto optamos por nos basear nestes dois autores na caracterização do processo de profissionalização da odontologia. Para mais críticas, ver: Mendes, E. V. A Evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas BH-PUC-MG/Finep, 1984 e Chaves, M. de M. A Odontologia Social, Artes Médicas, RJ, 3ª ed., 1986.

define a primeira fase como etapa de ocupação indiferenciada, na qual as práticas odontológicas eram executadas de forma esporádica ou secundária por pessoas da família, curandeiros ou religiosos que não tinham a odontologia como ocupação principal.

É na etapa seguinte que se inicia o exercício da odontologia como ocupação principal, ou seja, o profissional pratica a atividade em tempo integral, passando a obter, através desta, seu sustento. Chamada por Chaves (1986) de etapa de diferenciação ocupacional, é caracterizada pelo livre exercício, sem restrições do Estado, onde as técnicas e o conhecimento odontológico eram passados de pessoa a pessoa.

Assim descreve Mendonça (1987): por volta do século XVI, a prática odontológica era exercida tanto em ambientes públicos como, por exemplo, as barbearias e mercados, quanto em recintos privados, tais como as casas da nobreza. As atividades práticas não se diferenciavam pelo tipo de conhecimento aplicado, mas pelo tipo de clientela a que se destinavam, ou seja, as práticas públicas se destinavam à população pobre em geral e a prática privada voltava-se ao atendimento das camadas sociais abastadas. Segundo a autora, se exigia um certo apuramento científico daqueles dentistas que pretendiam atender à nobreza. Esses, além de saberem sobre a área odontológica em si, precisavam saber também sobre outras áreas de humanidades para a convivência dentro dos ambientes reais (Mendonça, 1987). Aos poucos, o grupo que exercia a atividade, interessado no desenvolvimento científico da área, decide organizar cursos de odontologia, no intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados e principalmente como tentativa de delimitar um espaço exclusivo de atuação profissional.

A partir do século XVIII a odontologia assume características de profissão independente, garantindo seu reconhecimento social e científico. Mendonça (1987), em seus estudos, registra que: os responsáveis por esse processo neste último período foram: John Hunter, na Inglaterra, com seu trabalho chamado The Natural History of the Human Teeth; Phillipp Pfaff, na Alemanha e o mais conhecido deles (o que não significa um grau mais avançado de cientificidade), Pierre Fauchard, na França, com o trabalho Le Chirurgien Dentist.<sup>2</sup> É também nesta fase, chamada de etapa inicial de profissionalização, que surge a primeira legislação profissional restringindo a prática àqueles formados pelos cursos de odontologia, criando um antagonismo que em alguns países persiste até os dias atuais,

<sup>2</sup> Estas obras são consideradas marcos na história da odontologia.

entre os dentistas (aqueles formados) e os não formados (os práticos). Essa legislação praticamente não foi aplicada nesta fase por causa do baixo poder de pressão que os dentistas, em número reduzido, conseguiam exercer. A organização de interesses da corporação ainda era incipiente, sem poder legal para cumprir a legislação.

Esses primeiros cursos tinham duração inferior a três anos e eram excepcionalmente teóricos, já que a prática era obtida em consultórios num sistema de mestre e aprendiz, tal como a própria medicina. Havia, então, clara dicotomia entre o saber e a prática, constituindo-se em duas esferas *autônomas* da odontologia.

Na etapa intermediária de profissionalização a odontologia se firma como profissão de nível superior, passando a exigir dos candidatos ao ofício uma instrução secundária completa. O curso de odontologia passa a ter uma duração, variando de três a seis anos, e as escolas de odontologia, dentro das universidades, tornam-se autônomas.

Nesse período, o crescimento profissional é visível sob vários aspectos: fortalecimento das associações corporativas, aumento do número de profissionais e desenvolvimento do conhecimento científico odontológico, notadamente nos grandes centros urbanos. Em outras palavras, a disputa pelo território profissional é clara e promove rupturas importantes na representação social da profissão. Reconhece-se como odontólogo aquele que possuía diploma universitário credenciado pelo Estado e legitimado pela corporação. A categoria passa a se organizar efetivamente em torno de seus interesses, sejam eles considerações estratégicas ou problemas mundanos (Moore, 1970).

O antagonismo entre dentistas e práticos intensifica-se notavelmente, fazendo com que a categoria passe a reivindicar monopólio de competência profissional, impedindo através de uma nova legislação, qualquer intervenção dos práticos na atividade odontológica. Criam-se então duas novas subprofissões: o auxiliar de consultório e o protético. Os demais praticantes estão *fora-da-lei*, correndo o risco de serem processados como *charlatães*.

A etapa avançada de profissionalização caracteriza-se pelo elevado status que a profissão alcança na sociedade. Os aspectos biológicos e sociais da profissão passam a ser enfatizados e o ensino da pós-graduação se desenvolve formalmente. O corpo esotérico de conhecimento é sedimentado, complexificando o saber através de cursos de especialização, mestrado e doutorado. A produção de conhecimento específica demarca um novo momento da odontologia, incluindo-a dentre as profissões mais

bem-sucedidas da modernidade. O charlatanismo é controlado e punido formalmente. A atividade clandestina se torna praticamente nula. Neste momento, praticamente desaparece o exercício ilegal da profissão. A especialização profissional, que já existia em alguns centros urbanos na etapa anterior, torna-se um fato marcante.

### A odontologia se especializando

A tendência à especialização, como forma de garantir e aumentar a eficiência, se estende por toda a organização da produção. Constitui um traço geral das sociedades modernas e está diretamente relacionada à divisão técnica do trabalho. Esta tendência se realiza tanto na investigação científica como em sua aplicação prática.

Contudo, se por um lado a atividade especializada aumenta o domínio e a competência num determinado campo de atuação, promovendo melhor qualidade nos serviços oferecidos à sociedade, por outro, esse intenso processo leva, cada vez mais, à fragmentação do conhecimento e do processo de trabalho em que o profissional está inserido.

A área da saúde acompanhou essas transformações e buscou adequar-se às novas exigências. Foi assim que em 1910 publicou-se nos Estados Unidos um documento, posteriormente conhecido como Relatório Flexner, fundamentado segundo Mendonça (1987), na visão mecânica e instrumental do saber, efetivou, através de seus preceitos, um ensino fragmentado, centrado nas microestruturas anatomopatológicas e basicamente funcionalista. A concepção flexneriana de uma nova prática médica determinou mudanças substantivas na conceituação do objeto desta prática, introduzindo critérios mais racionais e científicos à atividade não só dos médicos, mas de todo o processo de trabalho em saúde. Contestando essa nova visão, Mendonça (1987) afirma que na medida em que este modelo considera a doença como fruto exclusivo do desequilíbrio biodinâmico, ele corta toda referência com a estrutura econômica e social... sem contar, é claro, o corte feito nos fatores de ordem política e cultural que, de fato, farão o componente fundamental de como as pessoas vivem, a que classe social pertencem, e como o processo de doença nelas se instala.

Acompanhando o movimento de transformações na medicina, ocorrido na América, surgem neste país as primeiras especialidades odontológicas em meados deste século. A odontológia especializada passa a ter

status diferenciado, com maior prestígio e poder tanto junto à clientela como no interior da própria corporação.

Em 1901 cria-se a primeira entidade de especialistas: a Sociedade dos Ortodontistas. Um pouco mais tarde, em 1914, surgiu organização semelhante, dando continuidade a esse processo — a Academia Americana de Periodontia.<sup>3</sup> A Associação Odontológica Americana, a partir de 1954, passa a estabelecer critérios rígidos para o reconhecimento de novas especialidades, buscando controlar o surgimento desordenado de especialidades e subespecialidades. Tais medidas visavam manter e preservar a unidade do saber e da prática profissional que, evidentemente, o processo de especialização poderia provocar e redundar na escassez de cirurgiões dentistas na clínica geral.

Cabe ressaltar que a distribuição de especialistas nos países desenvolvidos (que, em geral, se encontram na etapa avançada de profissionalização) acontece de forma homogênea e organizada. Caso típico verifica-se nos Estados Unidos, onde se encontram especialistas inclusive nas menores cidades do país, ocorrendo o oposto naqueles países que se encontram na etapa intermediária de profissionalização (por exemplo o Brasil), onde os poucos especialistas existentes estão concentrados nos grandes centros urbanos. Não existe ainda, no Brasil, um controle sobre a especialização na odontologia, pois a lei que regulamenta o exercício da profissão não permite ao profissional a prática de mais de duas especializações, mas não estabelece nenhuma condição para a mesma.

Vale observar que, mesmo nos países desenvolvidos, a odontologia não produziu um processo de especialização semelhante ao experimentado na medicina. Acreditamos, no entanto, que na odontologia ocorre situação semelhante a da medicina no que se refere à especialização da área. A corporação médica tem tido baixo poder de regulação sobre a prática especializada, conforme demonstra Machado et al. (1995).<sup>4</sup>

Entretanto, como ocorre com a medicina, a odontologia, através dos Conselhos Regionais e Federal de Odontologia, amparados pela resolução C.F.O. 126/78, buscam exercer controle sobre este campo. Esta

<sup>3</sup> Mais tarde, outras associações foram criadas: em 1918, a Sociedade Americana de Cirurgiões Orais; 1919, a Sociedade Nacional dos Protéticos; em 1927, a Sociedade de Odontologia Infantil; em 1937, a Associação Americana de Dentistas de Saúde Pública, e em 1947, a Academia Americana de Patologia Oral.

<sup>4</sup> Especialidades Médicas no Brasil. Relatório de Pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde da ENSP, convênio FIOCRUZ/CGDRH-MS, 1995. (no prelo).

resolução não apenas estabelece as normas para os registros e as inscrições de especialistas, como estabelece as características básicas para o reconhecimento de cursos de especialização.

### A odontologia no Brasil e a sua consolidação

Em 19 de abril de 1879 o curso de odontologia foi considerado como curso de nível superior, sendo reconhecido e anexado à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro como o primeiro de odontologia no país. A consolidação do ensino e das escolas de odontologia se deu durante esses cem anos, mais especificamente a partir da segunda metade do século.

O início da grande expansão do número de faculdades foi verificado (assim como para a medicina) na década de 1960. Em 1982 existiam 66 faculdades de odontologia em todo o país, e em 1990 passamos a contar com 81, sendo 57% mantidas com recursos públicos.

Hoje, segundo Torres (1992), o Brasil é o país que possui o maior número de cursos de formação de odontólogos no mundo, o que representa 11% do total. Verifica-se, no país, um *boom* de escolas, acompanhado de uma elevada demanda (alunos/vagas) pelos cursos de odontologia, superando a tradicional posição (privilegiada) da medicina. Associamos este *fenômeno* positivo, de interesse dos jovens pela área, ao fruto da representação social produzida a partir do sucesso de seu projeto profissional.

No entanto, apesar da marcante presença do cirurgião-dentista no mercado, ainda persistem sérios problemas da ordem da saúde bucal no Brasil, como a elevada prevalência de cáries. De acordo com o documento do Ministério da Saúde, como o modelo de ensino, com contadas exceções, permanece com um talhe tradicional, com forte base curativa e voltado para o exercício liberal da profissão, na prática não consegue alterar a situação vigente (Ministério da Saúde, 1990).

No Brasil as especialidades reconhecidas pelo C.F.O. são apresentadas no quadro da página seguinte.

Em 1931 foi criado o primeiro sindicato, com sede no Rio de Janeiro. Uma das questões primordiais levantada pela entidade foi a demarcação e defesa do território profissional, com a intensificação da luta política contra os dentistas práticos que competiam com os cirurgiões-dentistas, oferecendo preços mais baixos pelos seus serviços. A ação política dos sindicatos centra-se, portanto, na questão do exercício ilegal da profissão, já que os

Especialidade Objetivos Diagnóstico e tratamentos — cirúrgico e Cirurgia e coadjuvante — das afecções, traumatismos, Traumatologia Buco-Maxilo-Facial lesões e anomalias congênitas ou adquiridas do aparelho mastigatório e anexos, e estruturas crânico-faciais associadas. Profilaxia da cárie dental, diagnóstico e Dentística tratamento das afecções dentais. Restauradora Preservação do dente, através da prevenção, Endodontia detecção e tratamento das afecções dos tecidos dentais e paradentais. Pesquisa de fenômenos psíquicos, físicos, Odontologia Legal químicos e biológicos que podem atingir ou ter atingido o homem, vivo, morto ou esqueleto e mesmo fragmentos ou vestígios, resultando lesões parciais ou totais, reversíveis ou não. Analisar, planejar, executar e avaliar, em nível Odontologia administrativo e operacional, os problemas da Preventiva e Social odontologia de comunidades. Prevenção, diagnóstico e tratamento dos Odontopediatria problemas de saúde bucal da criança. Prevenir, interceptar e corrigir a mal oclusão Ortodontia dental e suas implicações buco-maxilo-faciais. Estudo das afecções da boca e estruturas Patologia Bucal anexas. Prevenção, diagnóstico e tratamento das Periodontia afecções periodontais. Reconstrução anatômica, funcional e Prótese cosmética de regiões da maxila, mandíbula e Buco-maxilo-facial face, ausentes ou defeituosas. Restauração e manutenção da estética e das Prótese Dental funções do aparelho mastigatório. Aplicação dos raios-X com finalidade Radiologia diagnóstica na cavidade bucal e na região crânio-facial.

Fonte: Conselho Federal de Odontologia, 1995.

práticos conseguiram regulamentação de sua prática através de decretos governamentais no final de 1931 e início de 1932. Neste período a *ilegalidade do exercício profissional* foi desprezada, reconhecendo assim os práticos e desconhecendo as exigências legais, que conferiam apenas ao cirurgião-dentista diplomado o direito ao exercício profissional.

Somente a partir de 1934 a atividade de dentista prático é legalmente extinta, ficando restrita aos que vinham exercendo a profissão até aquela data. Estes práticos, na época, passaram a se submeter a uma prova de habilitação profissional realizada pelas faculdades de odontologia reconhecidas e fiscalizadas pelo então Ministério da Educação e Saúde.

Apesar de todos os mecanismos legais produzidos pela corporação até então, a disputa entre os cirurgiões-dentistas e os práticos não está encerrada. Em 1972, a Federação Nacional dos Odontologistas fez denúncias mostrando que os *novos práticos* estavam buscando atuar politicamente a fim de regularizar novamente sua atividade. Atualmente, essas questões são levadas basicamente pelos Conselhos de Odontologia que foram criados a partir de 1964. Os Conselhos de Odontologia (Federal e Regionais) foram criados como uma autarquia federal, vinculada ao Ministério do Trabalho, e passaram a cumprir a função de legislar e controlar o exercício da odontologia tanto do ponto de vista legal como ético.<sup>5</sup>

As associações profissionais de caráter científico e cultural são também importantes para a corporação na consolidação da produção técnico-científica. A Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas teve sua criação efetivada em 1911 e a Associação Brasileira de Odontologia, em nível nacional, foi criada em São Paulo em 1949, com o nome de União Odontológica Brasileira, sua sede atualmente no Rio de Janeiro.

Paradoxalmente, a profissão de odontologia no Brasil só foi reconhecida e regulamentada como tal, pelo Estado, somente na década de 1960. Em 1966, no dia 24 de agosto, através da Lei nº 5.081, a profissão obtém finalmente sua regulamentação e seu código de ética, elaborado e aprovado pelo Conselho Federal de Odontologia em 1976.

A odontologia chega ao final do milênio com questões paradoxais e preocupantes para sua manutenção como profissão autônoma, se pensarmos em sua atuação nos países do primeiro mundo. Nestes países, a odontologia produziu e aplicou o conhecimento e as tecnologias avança-

<sup>5</sup> No entanto, apenas em 1967, após a criação de alguns Conselhos Regionais é que foram eleitos os primeiros membros do Conselho Federal. Os primeiros Conselhos Regionais nomeados foram o do Estado da Guanabara, São Paulo, Amazonas, Minas Gerais e Distrito Federal, em 1966.

díssimas, eliminando por exemplo o problema da cárie. Entretanto, os efeitos dessas ações provocaram abalos na prática profissional e consequentemente no mercado de trabalho, eliminando assim o principal objeto de trabalho da odontologia — a cárie. Novos caminhos e preocupações técnicos-científicas têm sido alvo de atenção da categoria e apontam para uma odontologia mais cirúrgica e tecnológica que tende a se (re)filiar às ciências médicas, retornando às suas origens.

Nos países periféricos, como o Brasil, tal situação não se aplica. A odontologia se mantém com sua tradicional prática (combate às cáries) assegurando, assim, um mercado de trabalho exclusivo e abundante. A odontologia vive o auge como profissão, com elevado *status* e prestígio social. O volume de escolas, alunos e altas taxas de demandas pelos cursos atestam esse sucesso profissional.

Como já foi assinalado anteriormente, tem ocorrido no Brasil um crescente aumento do número de estudantes matriculados nos cursos de graduação. Este fenômeno, a exemplo do que ocorreu com a medicina a partir do final da década de 1960, provocou um expressivo crescimento do contingente profissional habilitado para a prática. Hoje, o país conta com mais de cem mil odontólogos. Sua distribuição, no entanto, acontece de forma desigual pelas regiões, provocando uma concentração nas regiões sudeste e sul.

De acordo com o relatório de 1982 do Conselho Federal de Odontologia (Torres, 1992), a distribuição geográfica dos odontólogos ainda é extremamente desigual, com mais de 1.500 municípios sem um profissional sequer e cerca de 700 com apenas um. Apesar de passada mais de uma década da divulgação de tal relatório, nada indica que esse quadro tenha se modificado.

Vale considerar que o sucesso profissional que ora apontamos é um sucesso baseado no atendimento a camadas sociais privilegiadas. O sucesso da odontologia é o sucesso do profissional liberal, da odontologia liberal. No entanto, persiste uma questão crucial: como a profissão tornará seus serviços acessíveis à população em geral? Quando terá ela, efetivamente, consolidado sua praticidade social?

### Bibliografia

CHAVES, M. de M. A Odontologia Social. Rio de Janeiro, 3<sup>a</sup>. ed., Artes Médicas, 1986.

- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução 126 Diário Oficial da União. Seção I Parte II de 22.12.78 Pág. 7.205/08.
- FREIDSON, E. La profession médica: un estudio del la sociologia del conocimiento aplicado. Barcelona, Península, 1978.
- GONÇALVES, R. B. O Processo de Trabalho em Saúde. Cadrhu/Ensp. (mimeo)
- GOODE, W. The theoretical limits of Profissionalization. In: Etzioni, A. The semi Professionas and their Organization London, The Free Press, 1969, p. 266-313.
- MELO, M. L. T. de Os Cursos de Odontologia e a Realidade Nacional Brasileira. Contribuição para um Estudo. Dissertação de Mestrado apresentada no Departamento de Odontologia Social. Niterói, Universidade Federal Fluminense, 1981. (mimeo)
- MENDES, E. V. A Evolução Histórica da Prática Médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte, PUC-MG/Finep, 1984.
- MENDONÇA, L. L. Elementos para uma discussão Filosófica da Educação: O Caso do Ensino Odontológico. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Humanas e Letras. Minas Gerais, Universidade Federal de Juiz de Fora, 1987. (mimeo)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia A Odontologia no Plano Federal Anselmo de Abrantes Fortuna. Brasília, Departamento de Imprensa Nacional, 1968.
- \_\_\_\_\_. Saúde Bucal-Panorama Internacional. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Brasília, Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1990.
- \_\_\_\_\_. Formação Superior em Saúde: tendências da graduação no período 1985/1991. Cadernos RH Saúde, vol. I, nº. 2, 1993.
- MOORE, W. The Professions: Roles and Rules. New York, Russel Sage Foundation, 1970.
- PAIXÃO, H. H. A Odontologia sob o Capital: O Mercado de Trabalho e a Formação Universitário-profissional do Cirurgião-Dentista. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1979. (mimeo)
- PEREIRA, J. C. Sobre a Tendência à Especialização na Medicina. Rev. Ed. Méd. Salud, 14 (5): 252-261, 1980.
- TORRES, I. A. Câncer de Boca no Brasil perfil atual do odontólogo frente ao problema. Rev. Saúde em Debate, 37: 44-49, 1992.
- WILENSKY, H. The Profissionalization of Everyone? In: Grusky, Oscar & Miller, George, A. (eds.). The Sociology Organizations Basic Studies, New York, The Free Press, 1970.